

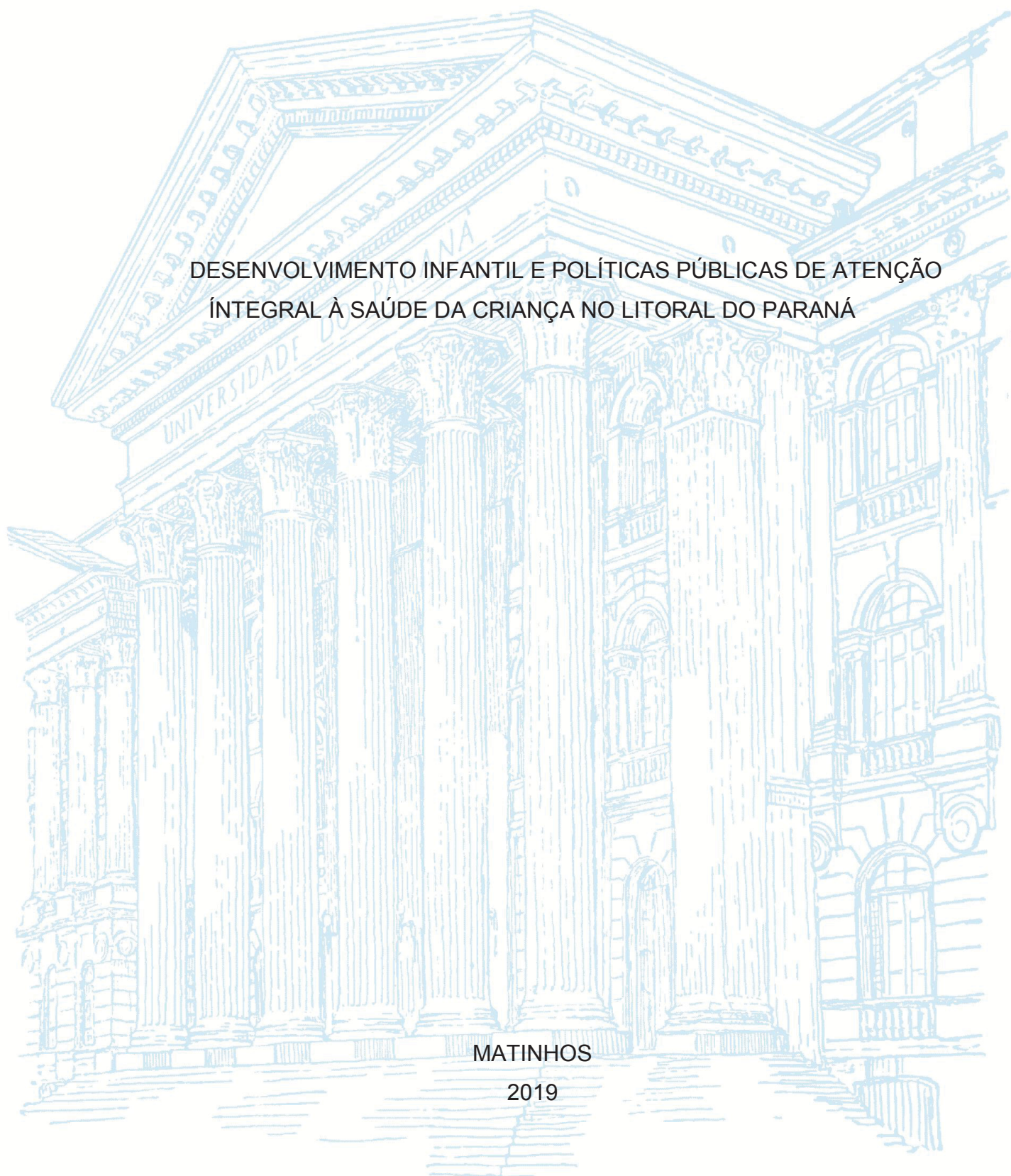
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BÁRBARA THAMIRESC SCHNEIDER BENTO

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO
ÍNTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO LITORAL DO PARANÁ

MATINHOS

2019



BÁRBARA THAMIRES SCHNEIDER BENTO

DESENVOLVIMENTO INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO LITORAL DO PARANÁ

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Territorial Sustentável, no Curso de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável, Setor Litoral, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Vieira Castilho Weinert

MATINHOS

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral

Bento, Bárbara Thamires Schneider

Desenvolvimento infantil e políticas públicas de atenção integral à saúde da criança no litoral do Paraná / Bárbara Thamires Schneider Bento; orientadora Luciana Vieira Castilho Weiner. – Matinhos, 2019.
105 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral.

1. Políticas públicas. 2. Desenvolvimento motor típico. 3. Georreferenciamento. 4. Desenvolvimento infantil. I. Weiner, Luciana Vieira Castilho. II. Universidade Federal do Paraná. Setor Litoral. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável. III. Título.

CDD 305.233

Maikon Patrick Garcia CRB 9/1681



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR LITORAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DESENVOLVIMENTO
TERRITORIAL SUSTENTÁVEL - 40001016081P3

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **BÁRBARA THAMIRES SCHNEIDER BENTO** intitulada: **DESENVOLVIMENTO INFANTIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO LITORAL DO PARANÁ**, sob orientação da Profa. Dra. LUCIANA VIEIRA CASTILHO WEINERT, que após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

MATINHOS, 24 de Setembro de 2019.

LUCIANA VIEIRA CASTILHO WEINERT

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

WAGNER RODRIGO WEINERT

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ)

TAINA RIBAS MELO

Avaliador Externo (CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPOS DE ANDRADE)

Agradecimentos

Acima de tudo agradeço a Deus pelas inúmeras bênçãos em minha vida e por não me deixar desamparada em nenhum momento. Agradeço aos meus pais Osni e Elizabeth, aos meus irmãos Renan e Alan e meus sogros Lú Alves e Ubirajara por todo carinho e apoio ao longo de todo processo.

Agradeço ao meu esposo Arthur por ser meu alicerce mesmo nas horas em que imaginei não ser capaz e por ter me dado o maior presente do mundo, minha Maria Joana que cresce dentro do meu ventre.

À minha orientadora professora Luciana serei eternamente grata por todo carinho, apoio e motivação. Obrigada por toda compreensão e por acreditar em mim, me motivando por mais de dez anos como minha professora na graduação, orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso, no Projeto de Iniciação Científica e agora orientadora no Mestrado e em todos os momentos sendo luz na minha vida.

Obrigada professor Wagner por todo auxílio e grandes contribuições ao longo deste tempo.

Agradeço também à minha amiga Fernanda Francis Alvares por toda atenção, apoio e carinho, você foi uma peça essencial na concretização deste sonho, um presente de Deus e do Mestrado que pretendo levar para toda vida.

Agradeço ao programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial Sustentável pela oportunidade de conhecer um novo mundo através do olhar do sustentável.

Enfim agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para que hoje este sonho se realizasse.

“A persistência é o menor caminho do êxito”. (Charles Chaplin)

Dedico esta dissertação a todas as crianças que participaram deste estudo,
obrigada por todos os sorrisos e pela luz transmitida.

RESUMO

O desenvolvimento adequado na infância repercute ao longo de toda a vida adulta e no ambiente em que os indivíduos se inserem. Seguindo este princípio o objetivo do estudo foi identificar características relacionadas à saúde no primeiro ano de vida, avaliadas em um quinquênio (2013 a 2018) e relacioná-las ao território de forma a possibilitar o norteamento de políticas públicas direcionadas à infância no município de Pontal do Paraná – PR. Este estudo tratou-se de uma pesquisa qualitativa observacional, transversal e retrospectiva, realizada com participantes da faixa etária entre 1 e 12 meses, de ambos os sexos, cujos pais autorizaram a sua participação. Inicialmente foi realizada uma pesquisa no banco de dados sobre saúde, condicionantes socioeconômicos e ambientais, e motricidade na primeira infância, coletados ao longo de um quinquênio (2013 a 2018) nas Unidades Básicas de Saúde (USB) do Município. Posteriormente identificou-se e caracterizou-se o atraso motor com base nos marcos do Desenvolvimento Motor Típico. Em seguida realizou-se o reconhecimento territorial, por meio da obtenção das coordenadas geográficas para o georreferenciamento dos atrasos, dividindo-os por bairros e relacionando-as com as políticas públicas vigentes. Das 2058 crianças avaliadas, 22,93% (472) apresentaram atraso dentre elas 452 (96,17%) apresentaram atraso motor leve, 18 (3,83%) atraso moderado e 2 (0,42%) atraso grave no desenvolvimento motor. A média geral de apgar no primeiro minuto foi $8,68 \pm 1,24$ e no quinto minuto de $9,75 \pm 0,58$. A média de comprimento ao nascer foi $48,77 \pm 2,54$ centímetros e de peso $3280,70 \pm 526,52$ gramas. Dos partos 1278 (63,20%) foram vaginais e 744 (36,79%) por cesariana. A idade média gestacional foi de $38,85 \pm 1,50$ semanas. A frequência anual de nascimentos prematuros foi de 105 ocorrências. Das 76 (3,69%) crianças avaliadas que necessitaram de internamento em Unidade de Terapia Intensiva, 439 (21,33%) apresentaram Icterícia, 184 crianças apresentaram alguma intercorrência no primeiro ano de vida. A representação espacial dos pacientes realizada através da ferramenta de geoprocessamento por bairro/balneário foi composta por 4 mapas dividindo as áreas com atrasos leves, moderados e graves. Este estudo propiciou traçar o perfil neuropsicomotor de crianças menores de um ano avaliadas no território em questão georreferenciando-as de acordo com o bairro de residência e identificando as áreas de maior vulnerabilidade e consequentemente maior número de atrasos do desenvolvimento. Desta forma foi possível identificar quais políticas públicas estão vigentes no município além de possibilitar discutir a implementação de novas políticas.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Desenvolvimento Motor Típico; Georreferenciamento; Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Proper development in childhood has repercussions throughout adulthood and the environment in which individuals operate. Following this principle, the objective of the study was to identify health-related characteristics in the first year of life, evaluated in a five-year period (2013 to 2018) and to relate them to the territory in order to guide the orientation of public policies aimed at children in the city of Pontal. of Paraná - PR. This study was a qualitative observational, cross-sectional and retrospective study, conducted with participants between the ages of 1 and 12 months, of both sexes, whose parents authorized their participation. Initially, a survey was conducted in the database on health, socioeconomic and environmental conditions, and early childhood motor skills, collected over a five-year period (2013-2018) at the Basic Health Units (USB) of the Municipality. Subsequently, the motor delay was identified and characterized based on the typical motor development milestones. Subsequently, territorial recognition was carried out by obtaining geographic coordinates for the georeferencing of delays, dividing them by neighborhoods and relating them to current public policies. Of the 2058 children evaluated, 22.93% (472) had delay among them 452 (96.17%) had mild motor delay, 18 (3.83%) moderate delay and 2 (0.42%) severe motor development delay. . The overall mean apgar score in the first minute was 8.68 ± 1.24 and in the fifth minute 9.75 ± 0.58 . The average length at birth was 48.77 ± 2.54 centimeters and weight 3280.70 ± 526.52 grams. Of the deliveries 1278 (63.20%) were vaginal and 744 (36.79%) by cesarean section. The average gestational age was 38.85 ± 1.50 weeks. The annual frequency of premature births was 105 occurrences. Of the 76 (3.69%) children evaluated who required hospitalization in the intensive care unit, 439 (21.33%) had jaundice, 184 children had some complications in the first year of life. The spatial representation of the patients through the neighborhood / bathing geoprocessing tool was composed of 4 maps dividing the areas with mild, moderate and severe delays. - according to the neighborhood of residence and identifying the areas of greatest vulnerability and consequently the greatest number of developmental delays. Thus, it was possible to identify which public policies are in force in the city, as well as to discuss the implementation of new policies.

Keywords: Public Policies; Typical Motor Development; Georeferencing; Child development.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA 1 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ EM RELAÇÃO À MICRORREGIÃO DO LITORAL DO PARANÁ	18
FIGURA 2 – MAPA 2 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ EM RELAÇÃO AO ESTADO DO PARANÁ	19
FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DE PESQUISA.....	21
FIGURA 4 – MAPA DE LOCALIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO, CONTENDO OS TRÊS MAPAS DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIROS/BALNEÁRIOS FIGURA.....	54
FIGURA 5 – PRIMEIRO MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIROS/BALNEÁRIOS	55
FIGURA 6 – SEGUNDO MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIROS/BALNEÁRIOS	55
FIGURA 7 – TERCEIRO MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIROS/BALNEÁRIOS	56

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – OCORRÊNCIA DE ATRASO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA	46
GRÁFICO 2 – PERFIL DOS DESVIOS DO DMT NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	47
GRÁFICO 3 – APGAR NO PRIMEIRO E QUINTO MINUTO DE VIDA	48
GRÁFICO 4 – MÉDIA DE COMPRIMENTO AO NASCER	48
GRÁFICO 5 – MÉDIA DE PESO AO NASCER	49
GRÁFICO 6 – OCORRÊNCIA DE TIPO DE PARTO	50
GRÁFICO 7 – IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO	50
GRÁFICO 8 – OCORRÊNCIA DE PREMATURIDADE	51
GRÁFICO 9 – INTERNAMENTO EM UTI NEONATAL E OCORRÊNCIA E OCORRÊNCIA DE ICTERÍCIA	52
GRÁFICO 10 – INTERCORRÊNCIAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	53

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DIRETRIZES DA PNAISC	33
QUADRO 2 – PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS	33
QUADRO 3 – CARACTERÍSTICAS AVALIADAS EM CADA DIMENSÃO DO DM ..	37
QUADRO 4 – DADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS...	38
QUADRO 5 – CRITÉRIOS PARA ESTABELECIMENTO DE ATRASO	40
QUADRO 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS ATRASOS POR MÊS	42
QUADRO 7 – DIRETRIZES DA PNAISC E O COMPRIMENTO DE SUAS AÇÕES EM PONTAL DO PARANÁ	65
QUADRO 8 – PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS E O COMPRIMENTO DE SUAS AÇÕES EM PONTAL DO PARANÁ	65

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - FASES METODOLÓGICAS DA PESQUISA	34
TABELA 2 - INTERCORRÊNCIAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	53
TABELA 3 - DIVISÃO DE ATRASOS POR BAIRROS/BALNEÁRIOS	58
TABELA 4 - BAIRROS/BALNEÁRIOS COM MAIOR NÚMERO DE ATRASOS LEVES	59
TABELA 5 - BAIRROS/BALNEÁRIOS COM MAIOR NÚMERO DE ATRASOS MODERADO	59
TABELA 6 - MAPEAMENTO TERRITORIAL	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADNPM	Atraso Do Desenvolvimento Neuropsicomotor
APS	Atenção Primária à Saúde
Art.	Artigo
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNUDS	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável
COLIT - PR	Conselho de Desenvolvimento Territorial do Litoral Paranaense
CRAS	Centros de Referência em Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DM	Desenvolvimento Motor
DMT	Desenvolvimento Motor Típico
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DPRio	Declaração Política do Rio
DTS	Desenvolvimento Territorial Sustentável
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde Familiar
HECA	Healthy Environments for Children Alliance (Aliança Ambientes Saudáveis para Crianças)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IFPR	Instituto Federal do Paraná
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
N - n	Número
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da educação Nacional
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial Da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto.
PMPPR	Prefeitura Municipal de Pontal do Paraná

PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PP	Política Pública
PP's	Políticas Públicas
PR	Paraná
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESA PR	Secretaria de Saúde do Paraná
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TTDD-R	Teste de Triagem de Denver II
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
USCN	Unidade de Saúde da Criança e da Mulher
USB	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

® - marca registrada

% - porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Cenário da Pesquisa	17
1.1	JUSTIFICATIVA.....	22
1.2	OBJETIVOS.....	23
1.2.1	Objetivo Geral.....	23
1.2.2	Objetivos Específicos	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1	DESENVOLVIMENTO LOCAL	26
2.2	SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	27
2.3	SAÚDE INFANTIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	30
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	34
3.1	FASE 1 – COLETA DE DADOS	35
3.2	FASE 2 – DETERMINAR E CLASSIFICAR OS ATRASOS DE DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS NO TERRITÓRIO EM QUESTÃO	40
3.3	FASE 3 – GEOPROCESSAMENTO TERRITORIAL DOS ATRASOS PSICOMOTORES	44
3.4	FASE 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS E ATRASO MOTOR	45
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	46
4.1	RESULTADOS DA FASE 1 – COLETA DE DADOS	46
4.2	RESULTADOS DA FASE 2 – GEORREFERENCIAMENTO E GEOPROCESSAMENTO	54
4.3	RESULTADOS DA FASE 4 – RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS	64
5	DISCUSSÃO	66
6	CONCLUSÃO.....	80
	REFERÊNCIAS	83
	CRONOGRAMA.....	97
	ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO	98
	ANEXO 2 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MOTORA	101
	APÊNDICE A – TRABALHO APRESENTADO NO II SIMPÓSIO DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	102

APÊNDICE B – TRABALHO APRESENTADO NO 4º CONGRESSO PARANAENSE DE SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA – ILUMINANDO CAMINHOS PARA O FUTURO DA SAÚDE	104
---	-----

1 INTRODUÇÃO

No Brasil a dimensão territorial é de 8.515.767,049 km² (IBGE, 2019), sendo relevante quando associada ao papel central dos serviços de saúde que organizam a área urbana e os limites territoriais. A integração de saúde e o desenvolvimento infantil são fatores determinantes da condição de vida e bem-estar. O indicador utilizado nas análises comparativas do grau do desenvolvimento entre os territórios é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – indicador, que foi elaborado pela Organização das Nações Unidas para mensurar a qualidade de vida da população em várias regiões do mundo, levando em conta o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, a saúde e a educação. Este indicador incorpora a saúde como um de seus três componentes, no entanto restringir a relação entre saúde e desenvolvimento ao capital humano, seria ínfimo, uma vez que há inúmeras outras relações entre elas (UL HAQ & SEN, 2019). A complexa relação entre saúde - definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades – relacionada ao desenvolvimento global envolve diferentes interesses sociais, políticos e econômicos (MAIA, 2019).

A saúde é simultaneamente resultante e indicadora das três dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, social e ambiental. Tendo em vista a importância de concentrar ações em todas as dimensões, visando criar uma sociedade produtiva, saudável e inclusiva. Promovendo desta forma a concordância social e o desenvolvimento humano e econômico sustentável (MATIDA, 2016).

A relação entre saúde e desenvolvimento, se dá por meio de um processo dinâmico que integra o crescimento econômico, as mudanças na estrutura produtiva da população e o incremento da qualidade de vida ao ser humano. Longinquamente após mais de vinte anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com tantos avanços tecnológicos da saúde básica, nota-se que grande parte da população, em especial aquelas que residem em regiões afastadas ou com piores condições socioeconômicas, apresentam escassez aos serviços de saúde de qualidade (GADELHA & COSTA, 2013).

Entre as crianças brasileiras o maior número de óbitos ocorre até os quatro anos de idade, devido a causas variadas, entre elas: infecções respiratórias, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas, entre outras. Observa-se que

em sua maioria, estas doenças, poderiam ser evitadas ainda na atenção primária de saúde. Na medida em que fossem elaboradas políticas públicas baseadas em estratégias governamentais bem estruturadas de caráter preventivo e de promoção da saúde infantil, o índice de adoecimento e mortalidade nesta faixa etária poderia reduzir drasticamente (ARAÚJO et al., 2014).

Neste contexto, durante muito tempo o Estado e a família, não consideravam os fatores de desenvolvimento infantil e crescimento da criança como uma diferenciação do adulto, ele percebia o infante apenas como mais um componente familiar - sem singularidades. Porém, ao longo do tempo, observa-se que a primeira infância necessitava que suas peculiaridades fossem tratadas de forma diferenciada, do que comumente era tratada, visto que tudo levava a mudanças no âmbito social, econômico e político, leis e diretrizes logo foram criadas para proteção e inclusão do menor na sociedade (ARAÚJO et al., 2014).

1.1 CENÁRIO DA PESQUISA

O local escolhido para realização do estudo foi o município de Pontal do Paraná que se encontra na microrregião do litoral do Estado constituída por sete municípios, sendo eles, Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná. A etimologia do nome Pontal é geográfica e faz referência a sua localização, pois se situa em uma ponta feita de terra e areia que vai em direção às águas do mar. A expressão 'do Paraná' é o nome da unidade federativa brasileira onde fica o município, sendo Paraná uma palavra originalmente Guarani “Pa’ra”, (Pará)mar + “nã (anã)” que significa semelhante ao mar e o termo em tupi, “pará-nã”, significando rio veloz.

O município de Pontal do Paraná é fruto do desmembramento do município de Paranaguá, por meio de um plebiscito onde recebeu a aprovação através da lei estadual número 11252, 20 de dezembro de 1995. Segundo IBGE, a população do Município de Pontal do Paraná, no último censo em 2018 é de 26.636 habitantes, e suas principais atividades econômicas giram em torno do turismo, da construção civil, das Indústrias e da pesca (IPARDES, 2019).

O município faz divisa com os municípios de Paranaguá (a oeste), e de Matinhos (ao sul); a leste o município é margeado pelo oceano Atlântico e, ao norte, pela baía de Paranaguá (disposto na FIGURA 1). Com uma área territorial de 202,

159km², e distante 119,50km da capital do Estado – Curitiba. Sua posição geográfica segundo o IBGE (2019) é Latitude 25 ° 40 ' 25 " S e Longitude 48 ° 30 ' 40 " W, a localização do Município em relação ao estado está disposto na FIGURA 2 2 (IPARDES, 2019).

FIGURA 1 - MAPA 1 – Localização geográfica do Município de Pontal do Paraná em relação à Microrregião do Litoral do Paraná



Fonte: PARANACIDADE, 2000.

FIGURA 2 - MAPA 2 – Localização geográfica do Município de Pontal do Paraná em relação ao Estado do Paraná



Fonte: PARANACIDADE, 2000.

Segundo dados do DATASUS e SESA-PR (2019) a taxa bruta de natalidade é 16,29/mil habitantes. A mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade é de 9,59 por mil nascidos vivos. Em equivalência, a taxa de fecundidade é de 2,4 filhos por mulher e a expectativa de vida ao nascer de 74,87 anos. De acordo com o IPARDES (2019) a Prefeitura recebe anualmente, 17.325.731,31 para investimento na área da saúde. Em Pontal do Paraná, 2.358 infantes foram pesados pelo programa de atenção básica à saúde de crianças, destas 23 apresentaram desnutrição (DATASUS, 2017).

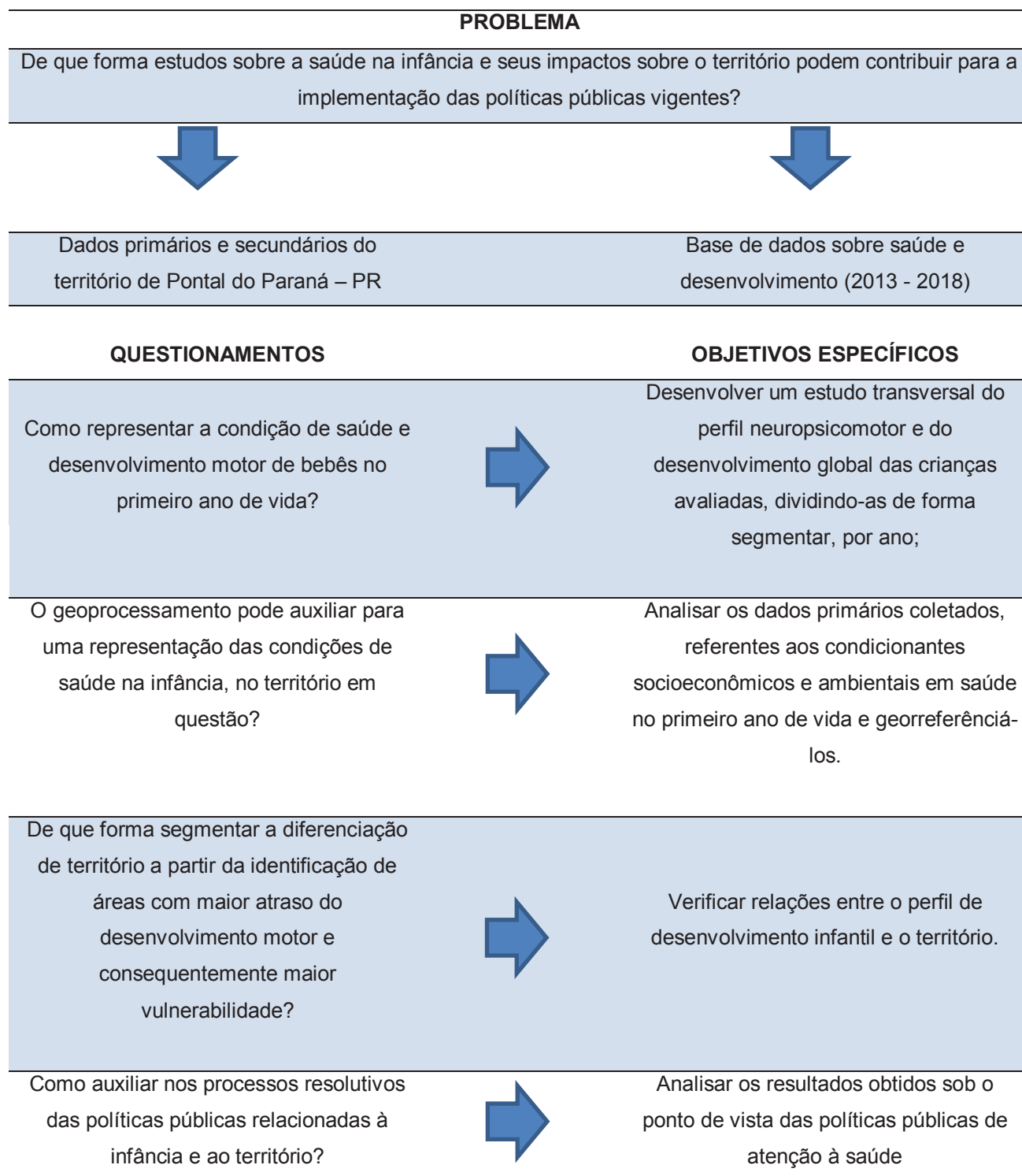
De acordo com os dados da Prefeitura Municipal de Pontal do Paraná (PMPPR, 2018), o município possui 2 pronto-atendimentos 24 horas (Praia de Leste e Shangri-lá); 5 Unidades Básicas de Saúde (Praia de Leste, Ipanema, Shangri-lá, Pontal do Sul e Colônia Pereira); 1 laboratório de análises clínicas (Pontal do Sul); 1 farmácia municipal (Praia de Leste); 2 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) (Ipanema e Canoas) e 1 Unidade de Saúde da Criança e da Mulher (USCN) (Ipanema), sendo que esta realiza serviço de atenção à saúde de mulheres e gestantes com ênfase no atendimento do pré-natal, possibilitando às gestantes o acesso e o acompanhamento multidisciplinar com profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, ginecologia e obstetrícia, em mais de 7 consultas médicas durante o período gestacional, como recomendado pela OMS. O município não conta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com a Estratégia

de Saúde Familiar (ESF), embora os serviços ofertados na USCM aconteçam nos moldes destes. Além disso, não possui hospital e maternidade, e as gestantes são direcionadas ao município vizinho, Paranaguá, para a realização do parto.

Em 2013 houve a proposição por parte de estudantes de graduação do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), a exemplo do atendimento às gestantes de Pontal do Paraná, de oferecer um serviço especializado para as crianças do município. Assim, desde outubro de 2013 acontece na USCM o projeto “Avaliação da saúde e do desenvolvimento de bebês entre 1 e 12 meses de Pontal do Paraná”, com objetivo primeiro a prevenção de deficiências físicas e cognitivas de crianças nesta faixa etária. Isto foi possível por meio de uma parceria entre o Setor Litoral da UFPR, o Campus Paranaguá do Instituto Federal do Paraná (IFPR) e a Secretaria Municipal de Saúde de Pontal do Paraná. No atendimento às crianças trabalharam profissionais de várias áreas, como enfermagem, fisioterapia, odontologia e medicina pediátrica, que fazem parte da equipe do município. Eventualmente, profissionais de fonoaudiologia, nutrição e assistência social compuseram a equipe. Além disto, dentre os integrantes do projeto estão doutores, mestrandos e graduandos nas áreas da Fisioterapia, Educação Física, Biomedicina e Informática, da UFPR e do IFPR. Cada criança era atendida neste serviço de puericultura 6 vezes durante o primeiro ano de vida, a saber: no primeiro mês, aos 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses. O serviço foi ofertado todas as quartas-feiras pela manhã, e em cada dia que a criança frequenta o serviço recebe atendimento de todos as especialidades. A equipe de enfermagem realizava a coleta dos dados antropométricos e o incentivo ao aleitamento materno; a fisioterapia realizava avaliação do DM, diagnóstico precoce de alterações no desenvolvimento e orientação de condutas de estimulação precoce; a odontologia realiza orientações de higiene oral e a medicina acompanhamento clínica do DI.

O fluxograma disposto na figura 1 ilustra as relações entre a problemática e os objetivos propostos.

FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DE PESQUISA



FONTE: a autora (2019);

JUSTIFICATIVA

A saúde no contexto do desenvolvimento sustentável sugere que pessoas saudáveis contribuem de forma produtiva para a sociedade e, que as políticas voltadas à área da saúde contribuem consideravelmente na redução da pobreza por meio de assistência financeira com o apoio universal (MATIDA, 2016).

Neste contexto, Silva et al., (2016), define o termo saúde de forma mais generalista, como um ambiente saudável, com condições adequadas para o cidadão poder exercer suas atividades laborais sem que este cause danos a sua saúde mental ou física, e por fim, ter condições de chegar em sua residência, se alimentar e ter o descanso necessário, sendo a saúde o resultado de um processo mutável, dinâmico e constante, variando de acordo com os tempos históricos, em relação mútua com a dinâmica da natureza.

O desenvolvimento humano sofre influência direta do meio coletivo em que vive (em especial à criança), esta interação causa preocupação global, levando em conta as peculiaridades e diferenças de cada cultura. Desta forma se faz necessário a elaboração de projetos, serviços e intervenções para apoiar o desenvolvimento na primeira infância (nome dado aos primeiros anos de vida, em particular os cinco primeiros, de um ser humano, que são marcados por intensas mudanças físicas e cognitivas), a fim de concretizar a visão do Sustentável, onde haja prosperidade econômica, inclusão social e responsabilidade ambiental, para apoiar o desenvolvimento neuropsicomotor adequado nesta faixa etária (MORAIS, CARVALHO & MAGALHÃES, 2016; RICHTER et al., 2016).

A primeira infância é um período fértil em eventos neurofisiológicos do sistema nervoso, que se associados a estímulos ambientais adequados permitem alcançar o potencial de desenvolvimento nos domínios cognitivos, afetivos, sociais e motores da criança, despertando assim muito interesse entre os pesquisadores de diferentes áreas e consequentemente o foco de investimentos em políticas públicas (BARR, 2016).

De acordo com Stedile et al. (2015) o governo, a população e os profissionais de várias áreas observam em todo o mundo a importância de se receber informações voltadas a programas, projetos, pesquisas - em especial políticas públicas - que favoreçam a melhora da qualidade de vida e que defendam a dignidade do ser, em especial da educação e saúde infantil.

Do ponto de vista das políticas públicas, esta proposta é relevante no sentido em que a base para o desenvolvimento territorial sustentável é a participação, a organização, e principalmente a educação da população, para que se tenha uma sociedade mais participativa e crítica. Assim, faz-se necessário o investimento, e aprimoramento nas áreas da educação e saúde, como forma de instrumentalizar e incrementar de forma eficiente a conscientização das questões ambientais no âmbito global. Por meio desse entendimento, destaca-se a importância deste estudo como fomento das políticas públicas voltadas à saúde integral da criança de 1 a 12 meses em um dado território.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Entendendo que o desenvolvimento adequado na infância repercute ao longo de toda a vida adulta e no ambiente em que os indivíduos se inserem o objetivo deste estudo é identificar características relacionadas à saúde no primeiro ano de vida, avaliadas em um quinquênio (2013 a 2018) e relacioná-las ao território de forma a possibilitar o norteamiento de políticas públicas direcionadas à infância no município de Pontal do Paraná – PR.

1.1.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos do trabalho são:

- a) Desenvolver um estudo transversal do perfil neuropsicomotor e do desenvolvimento global das crianças avaliadas, dividindo-as de forma segmentar, por ano;
- b) Analisar os dados primários coletados, referentes aos condicionantes socioeconômicos e ambientais em saúde no primeiro ano de vida e georreferenciá-los

- c) Verificar relações entre o perfil de desenvolvimento infantil e o território.
- d) Analisar os resultados obtidos sob o ponto de vista das políticas públicas de atenção à saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Lobo, Horta e Garcia (2015) o espaço geográfico é uma das mais importantes instâncias sociais, pois todo trabalho e/ou ação realiza-se no espaço, a partir dele e tornando-se ele. Este age diretamente nas estruturas da sociedade e possibilita realizar a interpretação a partir do território vivido, tendo em vista que cada evento que ocupa um lugar possibilita interações relacionais.

Com o processo de modernização, a saúde e a qualidade do meio ambiente sofreram expressivamente, frente a uma das piores distribuições de renda no mundo, com o baixo crescimento econômico. Fatos como altos índices de desemprego e uma fatia significativa da população vivendo abaixo da linha da pobreza aumentam desde a década de 80 (DUCIONI, 2018). As condições de desigualdade territoriais no Brasil, embora reduzidas nas últimas décadas, se tratando de mortalidade infantil, está longe do ideal. Por este motivo é necessário o fomento à políticas de saúde pública integral, a esta faixa etária (CARDOSO, 2018),

Estamos vivendo em uma época considerada uma experiência governamental de amplitude mundial, onde os países prestam publicamente contas sobre a situação da saúde das crianças em todo mundo, expondo os progressos e insucessos nos compromissos assumidos, após os 25 anos da Declaração dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes - formalizada em 1990 - e da realização da Assembleia das Nações Unidas sobre saúde, nutrição, sobrevivência e desenvolvimento das crianças, definindo um programa de metas e estratégias para a década 1990/2000, seguindo-se dos 15 anos das metas do Milênio. Vislumbra-se alcançar os objetivos na questão da sustentabilidade, onde é necessário assegurar que o futuro seja sustentável visando à equidade e a preservação do meio ambiente saudável em sua dimensão física, bioética e social (BATISTA FILHO & CRUZ, 2015).

Inúmeros processos sociais influenciam no desenvolvimento sustentável, tais como a saúde humana e o ambiente, assim como o que ocorre em outros setores da sociedade, como na governança, tudo impacta diretamente nas outras dimensões (econômica e ambiental). Assim se trabalha a estruturação de governo e sociedade para alcançar o desenvolvimento sustentável e buscar resultados positivos sobre a saúde humana e proteção da vida no planeta (BUSS et al., 2012). Desta forma, visualiza-se o desenvolvimento sustentável como conceito dinâmico, englobando

variadas dimensões, sem favorecimento político em relação a qualquer dessas dimensões políticas, sem comprometer seu próprio desenvolvimento (QUINTELA e TOLEDO, 2018).

2.1 DESENVOLVIMENTO LOCAL

De uma forma simples é possível descrever o desenvolvimento como um processo que possibilita um objeto ou um organismo a atingir suas potencialidades, a fim de, alcançar sua forma natural completa e amadurecida. O termo desenvolvimento é estritamente discutido no meio acadêmico, sobretudo quando ha distinção do termo crescimento econômico. O desenvolvimento não acontece apenas com o aumento na condição do nível de renda, acredita-se que ele ocorra de forma resultante ao crescimento econômico em qualquer ponto de vista, entretanto, é importante ao cidadão, que venha acompanhado da evolução na qualidade de vida e no bem-estar econômico e social, reduzindo a taxa de desemprego, a pobreza, a desigualdade populacional, incrementando a condição de uma moradia digna, possibilitando educação, alimentação e consequentemente melhora na saúde (RUSCHMANN, 2016).

O desenvolvimento deve ocorrer com um olhar mais humanitário considerando o homem como sujeito participante incondicional deste processo e não apenas um beneficiário final. Já o território onde ele vive não deve ser visto apenas como um conjunto de sistemas naturais e de coisas superpostas. Este é um território usado, o chão, somado a identidade, o sentimento de pertencer àquilo a que se pertence. O território é a base do trabalho, é residência, lugar de trocas materiais, espirituais e do exercício da vida (COLIN e PELICOLI, 2018; BRONFENBRENNER, 2011).

O desenvolvimento local, por outro lado, é mais que um conceito, é um evento “*sui generis*” resultante do pensar e agir à escala humana, com objetivo de confrontar desafios e solucionar problemas básicos para melhorar a qualidade de vida na comunidade. De forma humanista, holística e ecológica (COLIN e PELICOLI, 2018). O planejamento de estratégias e de ações locais, vão além das concepções de desenvolvimento que se associam unicamente ao progresso material, pessoal e ilimitado. Engloba-se uma iniciativa compartilhada, inovadora e empreendedora da comunidade. O local é um espaço que contém características

muito peculiares, envolvem sentimentos de familiaridade e de vizinhança, identidade e história (PERUZZO & VOLPATO, 2009).

É necessário que o desenvolvimento local aconteça através da inclusão social com cooperação, surgimento e alargamento de esferas políticas, com o constante diálogo de diversos atores políticos, econômicos e sociais. Este fenômeno visa construir um novo desenvolvimento local com a atuação e empoderamento de toda comunidade - sendo protagonistas políticos com suas peculiaridades, problemas e interesses para que aja uma evolução quantitativa não apenas na reprodução da riqueza material, mas também nas possibilidades de sua melhor distribuição (COLIN e PELICIOLO, 2018).

2.2 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

O termo desenvolvimento sustentável teve maior visibilidade internacional após a divulgação do Relatório Brundtland, publicado em 1987, intitulado “Nosso Futuro Comum”. Além da sustentabilidade foi incorporado às dimensões ambientais, econômicas e sociais, objetivando um tripé de desenvolvimento sustentável, socialmente justo, economicamente inclusivo e ambientalmente responsável. O sonho da efetivação da sustentabilidade mundial teve oportunidade a partir da década de 1990 com uma série de conferências globais no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU) elaboradas pelo UNICEF, OMS e Banco Mundial, documentada em um período significativo da humanidade onde se dá os 25 anos da Declaração dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, formalizada neste mesmo ano. Neste mesmo contexto, na Assembleia das Nações Unidas sobre saúde, nutrição, sobrevivência e desenvolvimento das crianças, definiu-se um programa de metas e estratégias (para o decênio de 1990 a 2000), seguido dos 15 anos das metas do Milênio, a iniciativa mais importante para o governo global no âmbito do desenvolvimento (SILVA e CARVALHO FILHO, 2018; LAGO, 2013).

Nos últimos anos o Brasil conduziu esforços em torno da agenda global, afim de, incrementar a saúde dos povos, visto que em 2000, o Brasil e mais 189 países, se reuniram em torno do evento intitulado Cúpula do Milênio, promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU), para debaterem sobre os principais problemas que afetam o mundo no novo milênio. Como resultado deste evento traçou-se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e os presidentes se

comprometeram a colocar em prática ações para que tais objetivos fossem alcançados até o ano de 2015. No Brasil, esses objetivos foram conhecidos como "8 Jeitos de Mudar o Mundo", erradicar a pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, a Malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (CARDOSO e SANTOS JR, 2019).

A Cúpula do Milênio no ano de 2000 adotou a Declaração do Milênio e os Objetivos do Milênio, que são eles: acabar com a fome e a miséria; educação básica de qualidade para todos; igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a aids, a malária e outras doenças; qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento, com objetivo de estimular subsídio, na maioria das vezes financeira dos países mais desenvolvidos. Nas últimas décadas houve um grande progresso na sobrevivência infantil como resultado global do esforço para alcançar os "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio". A mortalidade em menores de 5 anos caiu cerca de 53% entre 1990 e 2015. Mesmo com essa evolução, ainda cerca de 250 milhões de crianças vivem com baixa ou média renda, sendo mais de dois terços na África (ALVES, 2015).

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde com suporte técnico e investimento financeiro do Governo Brasileiro, realizou no Rio de Janeiro, a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), englobando os Estados membros das Nações Unidas, com produto final um documento denominado "A Declaração Política do Rio" (DPRio). Esta declaração possui cinco dimensões prioritárias, onde os governos reconheceram que um alto padrão de saúde é um dos direitos fundamentais do ser humano - independente de raça, religião, crença política, condição econômica ou social. Os governos se comprometeram a aprimorar as condições de vida dos cidadãos, distribuir igualitariamente o poder, bem como os dinheiros e recursos. Este documento foi legitimado pelos demais estados membros, durante a Assembleia Geral de Saúde de 2012 (MATIDA, 2016).

Também no Rio de Janeiro, no ano de 2012, ocorreu a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (CNUDS), conhecida como Rio+20, onde estados de 190 nações se propuseram a realizar mudanças,

sobretudo na forma como estão sendo geridos os recursos naturais do planeta. Aspectos relacionados a políticas sociais como as da área de saúde, educação, trabalho, moradia, entre outras também foram debatidas, resultando no documento *"El Futuro que queremos"* (KOVALSKI, 2016).

Após a Agenda do Desenvolvimento que aconteceu em 2015, houve um destaque à incorporação da sustentabilidade nas abordagens desenvolvidas e aplicadas aos diferentes campos de conhecimento e ação e a demonstração da efetividade de experiências de territórios sustentáveis e saudáveis. Isto engloba os mais variados campos de conhecimento e tem a "saúde" como um desafio nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Portanto, faz-se necessário propor a inserção em agendas intersetoriais e interdisciplinares que visem enfrentar suas categorias sociais em um processo de governança de forma participativa, a fim de, traçar as prioridades, a partir das necessidades do território e de produzir soluções tecnológicas e políticas baseadas epistemologia do Sul, nos levando a grandes reflexões sobremaneira, constituindo um processo de gestão estratégica situacional e comunicativo, denominado como ecologia dos saberes (GALLO & SETTI, 2014).

As relações entre saúde e desenvolvimento devem ser um processo dinâmico e virtuoso que une crescimento econômico, mudanças na estrutura produtiva de forma fundamental e de melhoria do padrão de vida da população (CONILL, et al., 2018). A saúde atrelada ao desenvolvimento sustentável preconiza que as políticas de saúde contribuam para reduzir a pobreza, por meio da proteção financeira inerente à cobertura universal e que as pessoas saudáveis contribuem de forma mais produtiva para a sociedade (MATIDA, 2016).

Para um desenvolvimento sustentável é necessário haver políticas com cobertura universal e integral à saúde, equitativa e de qualidade, não tratando apenas a doença, mas, agindo de forma integral à saúde humana, pois é no 'integral' que se encontra a 'dimensão ambiental'. Para atingir de forma objetiva esta esfera ambiental é indispensável que órgãos públicos e privados trabalhem em conjunto, com ações que impactam a saúde dos trabalhadores e da população em geral, tais como: saneamento, água potável, tratamento do esgoto, destinação correta do lixo, controle e ações sobre os fatores de risco como a poluição atmosférica, solo e águas por resíduos industriais ou agrotóxicos e fertilizantes (BUSS et al., 2012).

2.3 SAÚDE INFANTIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A Intersetorialidade das políticas públicas de atenção integral à saúde da criança e sua eficiência em relação ao desenvolvimento local integrado e sustentável ainda é pouca estudada, isso implica em enfrentar dificuldades relacionadas à interdisciplinaridade das equipes de saúde e do trabalho em conjunto dos profissionais, das crianças e suas famílias (DAMASCENO et al., 2016). O Conceito de Saúde, estudado há muitos anos no Brasil, de forma evolutiva sofre alterações, em especial após a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, onde o entendimento de saúde era considerado a ausência de doença e foi substituído por ser resultante das condições de alimento, moradia, educação, renda, ambiente, trabalho, meios de transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terras e acesso aos serviços de saúde (STEDILE et al., 2015).

A saúde do indivíduo está diretamente ligada a um ambiente saudável, refletindo na qualidade de vida destes. Da mesma forma em que o ser humano tem ou sofre influência do meio, ele também causa influência no ambiente e, esta relação precisa ser tratada com responsabilidade de forma protetiva para evitar reflexos negativos à vida (STEDILE et al., 2015). A relação entre o ambiente e a saúde da população define o campo de conhecimento denominado “saúde ambiental” ou “saúde e ambiente”. Esta surge desde as práticas de estudos inter, intra e transdisciplinares, tendo em vista que a problemática ambiental e seu impacto na saúde acentuaram-se nas últimas décadas (BEZERRA, 2017).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) criou um Departamento de Saúde Pública e Meio Ambiente, o qual tem o objetivo de promover um ambiente mais saudável, a fim de, intensificar e prevenir de forma primária, enfrentando causas remotas de ameaças ambientais para a saúde humana, além de influenciar as políticas públicas destes setores. Este departamento possui programas, ações e iniciativas referentes à ‘saúde e ambiente’, incluindo um programa denominado “Saúde ambiental da infância” que agrega a “Aliança Ambientes Saudáveis para Crianças - HECA”, porém, devido a extensa gama de programas, há uma fragmentação excessiva de áreas que acabam por reduzir a efetividade e eficiência em áreas críticas como a atenção a saúde da criança (OMS, 2019).

Mesmo com índices de mortalidade infantil, nos países em desenvolvimento, ainda elevados, a atenção básica na saúde da criança tem fundamental importância

na redução desses dados. A criança desenvolve grande parte do seu maior potencial físico, psicológico e emocional no período de zero a cinco anos de idade. Visando evitar influências negativas neste período da vida, é necessário que as famílias e os profissionais invistam em promoção da saúde destes sujeitos. A qualidade deste atendimento oferecido refletirá no desempenho escolar dessa criança e na autoestima quanto às relações, autoproteção, independência econômica e diretamente no preparo deste indivíduo para a vida e na convivência, tanto familiar quanto comunitária (CARDOSO, DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2017).

É importante trabalhar a estruturação de governo e sociedade para alcançar o desenvolvimento de forma sustentável e buscar resultados positivos sobre a saúde humana e proteção da vida no planeta. Sabe-se que a chave para o desenvolvimento territorial sustentável é a participação, a organização, e principalmente a educação da população, para que se tenha uma sociedade mais participativa e crítica no âmbito das políticas públicas. Isto torna necessário o investimento e aprimoramento educacional como ferramenta para uma melhor conscientização das questões ambientais em âmbito global, regional e local. Há vários processos sociais que influenciam o desenvolvimento sustentável, tais como a saúde humana e o ambiente em que essa população vive, assim como o que ocorre em outros setores da sociedade – inclusive sua governança – impacta diretamente nas demais dimensões (BUSS et al., 2012).

É assegurado a todas as crianças e adolescentes, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), atendimento médico e acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, além da recomendação para as ações voltadas à criança, ressaltando a importância do cuidado integral e multiprofissional (GIOVANELLA et al., 2018)

É necessário observar a criança de forma holística de forma a envolver macro e micropolíticas dos planejadores e gestores, direta e indiretamente, de forma interdisciplinares, a fim de garantir a integralidade e efetividade da atenção à saúde da criança, mediante uma efetiva prática social, percebendo a criança como possuidora de direitos e sujeito a usufruir de um cuidado integral (FURTADO et al., 2018). Neste contexto estudos na área da saúde e do ambiente, no território apresentam um papel importante e estratégico de atenção, para compreender que os processos ambientais e sociais transcendem os limites espaciais (MIRANDA et al., 2008).

A análise histórica de saúde mostra que a saúde pública é um exercício de poder, antes mesmo de ser um saber, necessitando compreensão e aprofundamento. O poder é exercido de acordo com a Constituição e as Leis determinando as ações possíveis no campo da saúde pública. É necessário pensar o território de forma a considerar suas especificidades e não tentar impor uma certa estrutura político territorial. Os serviços de saúde devem se adequar à realidade de cada território e não o contrário (GARCIA FILHO & SAMPAIO, 2014).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) percebe as crianças e adolescentes como 'sujeitos de direito' em desenvolvimento, sendo possuidores de prioridade na formulação de políticas públicas e na destinação privilegiada de recursos (BRASIL, ECA, 2005). O Ministro de Estado da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015, considerando a constituição federal de 1988 e diversas leis e decretos incluindo compromissos internacionais firmados pelo Brasil, em especial as metas de número quatro e cinco dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio de 2000. Esta política tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, com cuidados da gestação aos nove anos de idade de forma integral. E para fins de atendimentos em serviços de pediatria pelo SUS, contempla crianças e adolescentes até a idade de 15 anos, possuindo uma atenção especial às crianças com vulnerabilidade – portadoras de deficiências, indígenas, negras, quilombolas, residentes em regiões de águas e florestas, incluindo crianças de rua e que sofrem violência. A PNAISC é guiada pelos princípios de direito à vida e acesso universal à saúde, cuja prioridade absoluta é a criança; integralidade e equidade nos cuidados e na saúde com ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O Art. 5º da política dispõe as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), observadas para a elaboração dos planos, programas, projetos e ações voltadas para as crianças (QUADRO 1).

QUADRO 1 – DIRETRIZES DA PNAISC

Diretrizes
Gestão interfederativa das ações de saúde da criança; Organização das ações e serviços em redes de atenção; Promoção da saúde; Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; Qualificação da força de trabalho do SUS; Planejamento e desenvolvimento de ações; Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; Permanente monitoramento e avaliação; Intersetorialidade. ⁴

Fonte Brasil (2014).

No Art. 1º da PNAISC institui-se esta política no âmbito do SUS o qual apresenta os seus princípios doutrinários dispostos na Lei Orgânica da Saúde, são eles a universalidade, a integralidade e a equidade, disposto no QUADRO 2,

QUADRO 2 – PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

PRINCÍPIOS	SIGNIFICADO
Universalidade	Determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde.
Integralidade	Relaciona-se à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. O SUS deve ouvir o usuário, entende-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.
Equidade	Reconhece às necessidades de grupos específicos e atua para reduzir o impacto das diferenças.

Fonte: Brasil (1990).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, observacional, transversal, retrospectivo (ASLAM et al., 2012). A tabela 1 apresenta o fluxograma de pesquisa cujas fases se relacionam com os objetivos específicos do estudo.

TABELA 1 - FASES METODOLÓGICAS DA PESQUISA

FASES METODOLÓGICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ETAPAS DA PESQUISA
<p>FASE 1</p> <p>Coleta de dados</p>	<p>Desenvolver um estudo transversal do perfil neuropsicomotor e do desenvolvimento global das crianças avaliadas, dividindo-as de forma segmentar, por ano;</p>	<p>1a) coleta de dados primários na base de dados;</p>
<p>FASE 2</p> <p>Determinar e classificar os atrasos no desenvolvimento das crianças do território em questão e realizar seu georreferenciamento</p>	<p>Analisar os dados primários coletados, referentes aos condicionantes socioeconômicos e ambientais em saúde da criança no primeiro ano de vida, sob a perspectiva do georreferenciamento</p>	<p>2a) traçar perfil neuropsicomotor;</p> <p>2b) Reconhecimento territorial;</p>
<p>FASE 3</p> <p>Realização do geoprocessamento territorial a partir dos atrasos neuropsicomotores encontrados</p>	<p>Verificar relações entre o perfil de desenvolvimento infantil e o geoprocessamento territorial.</p>	<p>3a) Análise da distribuição espacial das alterações neuropsicomotoras;</p> <p>3b) Estabelecer possíveis relações com as dimensões socioeconômicas e ambiental do desenvolvimento</p>
<p>FASE 4</p> <p>Relacionar os resultados as políticas, ao verificar a situação do município em relação aos fatores condicionantes do atraso.</p>	<p>Analisar os resultados obtidos sob o ponto de vista das políticas públicas de atenção à saúde.</p>	<p>4a) Políticas públicas relacionadas a infância;</p> <p>4b) Políticas públicas, infância e SUS.</p>

FONTE: a autora (2019).

3.1 FASE 1 – COLETA DE DADOS

A primeira fase teve a finalidade de cumprir com o primeiro objetivo específico do estudo: Desenvolver um estudo transversal do perfil neuropsicomotor e do desenvolvimento global das crianças avaliadas, dividindo-as de forma segmentar. Foi subdividida em três etapas, sendo elas 1a (coleta de dados primários nos bancos de dados), 1b (coleta de dados secundários) e 1c (identificação e caracterização do atraso motor).

Na etapa 1a foram colhidas informações de forma primária em um banco de dados, resultante de um projeto de Iniciação Científica sobre saúde e motricidade na primeira infância realizada ao longo de um quinquênio (2013 a 2018) na Unidade Básica de Saúde da Mulher e da Criança do Município de Pontal do Paraná – PR. Esta pesquisa foi composta por 2058 avaliações de crianças de ambos os sexos, com idade entre 1 e 12 meses, e que se enquadraram nos critérios de exclusão e inclusão deste estudo. Os critérios de inclusão foram estar na faixa etária avaliada, ter o consentimento dos pais ou responsáveis, expresso por meio de sua assinatura ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e residir no município de Pontal do Paraná. Como critérios de exclusão definiu-se a presença de patologias ortopédicas ou neurológicas que cursem com alteração no Desenvolvimento Motor Típico (DMT), e, a utilização de sondas gástricas ou enterais que dificultassem o manuseio durante a avaliação motora.

Os dados foram coletados através de um questionário (Anexo 1) aplicado aos pais e/ou responsáveis. Realizou-se uma avaliação motora através da Descrição do Desenvolvimento Motor realizada por Castilho-Weinert, Lopes e Weinert (2015) (Anexo 2). O processo de coleta de dados possui aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná - UFPR (CAAE n.º 21001613.9.0000.0102).

Utilizou-se uma escala para avaliação específica de atraso motor: a descrição de Castilho-Weinert (2015) fornece informações detalhadas sobre o desenvolvimento de bebês de 1 à 12 meses de idade, onde se avalia cinco grupos de características relativos ao Desenvolvimento Motor (DM) reflexos, reações, planos de movimento, padrões de movimento e habilidades motoras voluntárias. Estes grupos possuem características, cuja ocorrência é variável, dependendo do mês do DM em questão e graduado de acordo com a presença ou ausência,

intensidade ou completude, e, voluntariedade. A observação deste instrumento de avaliação permite constatar a ocorrência de 11 tipos de reflexos, 9 tipos de reações, 15 habilidades motoras voluntárias, 11 padrões de movimento e 3 planos de movimento (QUADRO 3). Também pode-se analisar a dinâmica evolutiva do DMT e verificar uma tendência a padronização em que ao longo dos meses há o desaparecimento dos reflexos com surgimento das reações e preparação para as habilidades motoras voluntárias (CASTILHO-WEINERT, LOPES e WEINERT, 2015).

QUADRO 3 - CARACTERÍSTICAS AVALIADAS EM CADA DIMENSÃO DO DM

DIMENSÃO	CARACTERÍSTICAS ANALISADAS	GRADUAÇÃO
Reflexos	Colocação do membro inferior Galant Liberação das vias aéreas Marcha automática Moro Preensão tônica palmar Preensão tônica plantar Sucção Sustentação de peso Tônico cervical assimétrico Quatro pontos cardeais	Ausente ou presente
Reações	Cervical de retificação Corporal de retificação De anfíbio De landau De proteção para frente De proteção para os lados De proteção para trás Óptica de retificação Labiríntica de retificação	Ausente ou presente
Planos de Movimentação	Sagital Frontal Transverso	Ausente ou presente
Padrões de Movimentação	Cabeça lateralizada Posição flexão fisiológica Decúbito dorsal Decúbito lateral Decúbito ventral Posição em pé Posição gatas Posição semi-ajoelhado Ajoelhado Sentado com apoio Sentado em long-sitting	Ausente, involuntário ou voluntário
Habilidades Motoras	Controle de cabeça Simetria Controle de tronco superior Controle de tronco inferior Puppy Preensão Ponte Pivotear Rolar em bloco Rolar dissociado Colocar pé na boca Engatinhar Kiking Marcha lateral Marcha independente	Ausente, parcial ou completo

FONTE: a autora (2019).

O Quadro 4 exibe as informações coletadas pelo questionário aplicado aos pais e/ou responsáveis, que contém informações importantes para traçar o perfil das condições sociais, ambientais, econômicas e, conseqüentemente, de saúde da população deste território.

QUADROS 4 - DADOS DO QUESTIONARIO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS

CATEGORIA	VARIÁVEIS
Dados Pessoais	Nome; nome do responsável; endereço; sexo; data de nascimento.
Dados do Parto e Nascimento	Peso; comprimento; perímetro cefálico; idade gestacional; tipo de parto; parto hospitalar; notas de Apgar; Internamentos (UTI); icterícia.
Dados Atuais do Bebê	Intercorrências; peso; comprimento; perímetro cefálico; amamentação exclusiva; amamentação parcial; calendário de vacinas.
Dados Maternos	Idade materna; número de gestações; número de abortos; intercorrências gestacionais; substâncias utilizadas durante a gestação; hábitos alimentares; número de consulta no pré-natal; escolaridade.
Dados Socioeconômicos	Renda familiar; nº residentes no domicílio; auxílios sociais.
Dados Socioambientais	Água Encanada; esgoto.

FONTE: a autora (2019).

O questionário foi baseado nos documentos: Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (BRASIL, 2015); Painel Nacional de Indicadores Ambientais (MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, 2014); e Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil (RIPSA, 2008). Para a avaliação motora, seguiu-se o protocolo que analisa o DM em cinco dimensões: reflexos, reações, habilidades motoras voluntárias, planos de movimentação e padrões ou posições de movimentação. As características analisadas em cada dimensão variam em relação a sua presença, voluntariedade e

completude, de acordo com o mês em que a criança se encontra (CASTILHO WEINERT, LOPES e WEINERT, 2015).

3.2 FASE 2 - DETERMINAR E CLASSIFICAR OS ATRASOS DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS NO TERRITÓRIO EM QUESTÃO

A fase dois visou-se cumprir com o segundo objetivo específico do estudo: Analisar os dados primários coletados, referentes aos condicionantes socioeconômicos e ambientais em saúde da criança no primeiro ano de vida, sob a perspectiva do georreferenciamento. Esta fase foi subdividida em duas etapas, sendo elas 2a (traçar o perfil neuropsicomotor) e 2b (reconhecimento territorial).

Na etapa 2a para a classificação dos atrasos no desenvolvimento, utilizou-se os critérios mínimos de habilidade motoras a serem atingidas de acordo com a faixa etária do bebê (Quadro 2) estabelecidos pela Academia Americana de Pediatria (NORITZ, MURPHY and NEUROMOTORSCREENING EXPERT PANEL, 2013). A Academia Americana de Pediatria entende como cruciais para o desenvolvimento os marcos motores descritos no 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses. Portanto, para as crianças cuja idade cronológica não há descrição, considerou-se como atraso a ausência das características descritas no mês imediatamente anterior, conforme o Quadro 2.

QUADRO 5 - CRITÉRIOS PARA ESTABELECIMENTO DE ATRASO

MÊS	HABILIDADES AVALIADAS
2 e 3	Controle de cabeça parcial
4 e 5	Rolar em bloco; Puppy
6, 7 e 8	Rolar dissociado; Sentar não funcional
9, 10 e 11	Long sitting (sentar funcional); semi-ajoelhado; engatinhar
12	Em pé voluntário; marcha independente

FONTE: Adaptado de NORITZ, G.H.; MURPHY, M.A.; NEUROMOTOR SCREENING EXPERT PANEL (2013).

Para a caracterização dos casos de desvio do DMT, a extensão do atraso foi classificada como leve, quando a idade motora era até 33% abaixo da idade

cronológica; moderada, quando a idade motora se situava entre 34-66% da idade cronológica; e grave, quando a idade motora era 66% abaixo da idade cronológica (MAJNEMER e SHEVELL, 1995; MCDONALD et al., 2006). O Quadro 3 apresenta a caracterização dos casos de atraso em cada mês em relação às características analisadas durante a avaliação motora.

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS ATRASOS POR MÊS

IDADE CRONOLÓGICA (MESES)	CLASSIFICAÇÃO	IDADE MOTORA (MESES)	NÃO REALIZA	REALIZA
2 e 3	Sem atraso	2	---	Controle de cabeça parcial
	Atraso leve	---	Controle de cabeça parcial	---
4 e 5	Sem atraso	4	---	Rolar em bloco puppy
	Atraso leve	2,7– 4	Rolar em bloco Puppy	Controle de cabeça parcial
6,7 e 8	Sem atraso	6	---	Rolar dissociado Sentar não funcional
	Atraso leve	4-5	Rolar dissociado Sentar não funcional	Rolar em bloco Puppy
	Atraso moderado	2-3	Rolar Dissociado Sentar não funcional Rolar em bloco Puppy	Controle de cabeça parcial
9,10 e 11	Sem atraso	9	---	Long sitting Semi ajoelhado
	Atraso leve	6-8	Long sitting Semi ajoelhado Engatinhar	Rolar dissociado Sentar não funcional
	Atraso Moderado	3-5	Long sitting Semi ajoelhado Engatinhar Rolar dissociado Sentar não funcional	Rolar em bloco Puppy

12	Atraso grave	0-2	Long sitting Semi ajoelhado Engatinhar Rolar dissociado Sentar não funcional Rolar em bloco	Controle de cabeça parcial
	Sem atraso	12	---	Em pé voluntário marcha independente
	Atraso leve	8-11	Em pé voluntário Marcha independente	Long sitting Semi ajoelhado Engatinhar
	Atraso moderado	4-7	Long sitting Semi ajoelhado Engatinhar	Rolar dissociado Sentar não funcional Rolar em bloco Puppy
	Atraso grave	0-3	Long sitting Semi ajoelhado Engatinhar Rolar dissociado Sentar não funcional	Rolar em bloco Puppy Controle de cabeça

FONTE: a autora (2019).

Na etapa 2b realizou-se o reconhecimento espacial a partir dos endereços dos participantes da pesquisa que estavam cadastrados na base de dados. Selecionou-se para o mapeamento todas as crianças que tinham endereço completo, cuja avaliação ocorreu no ano de 2017 (n=216 onde 2 crianças foram excluídas por endereço incompleto). Após a extração dos dados na base, houve a segmentação por bairros e o pesquisador se deslocava pessoalmente para coletar as coordenadas geográficas. Tal coleta ocorreu em um período de 120 dias, no qual realizou-se aproximadamente 60 horas de trabalho. Houve a necessidade de se realizar a coleta *in locu*, pois o território não dispunha de zoneamento correto dos dados para o mapeamento. Tais coordenadas foram obtidas por meio do aplicativo *mobile* Financept para registro de latitudes e longitudes.

3.3 FASE 3 - GEOPROCESSAMENTO TERRITORIAL DOS ATRASOS PSICOMOTORES

A terceira fase se relacionou com o terceiro objetivo específico do estudo Análise da distribuição espacial das alterações neuropsicomotoras. Na etapa 3a (distribuição do atraso por bairros).

Para a representação espacial dos pacientes realizou-se, primeiramente, a tabulação adequada dos dados, que respectivamente foram inseridos em Sistema de Informação Geográfica (SIG), onde foram tratados mais uma vez, e então, por fim representados através de cartogramas (Mapas Temáticos). No ambiente SIG serão realizados: (1) o georreferenciamento das 7 cartas do Diagnóstico de Loteamentos do PDD de Pontal do Paraná (2004), para identificar a localização espacial dos bairros/balneários do município; (2) a vetorização dos polígonos dos Loteamentos (bairros/balneários); (3) a inserção do número de pacientes por respectivos seus respectivos bairros de origem; e (4) tabulação dos pacientes representados no cartograma conforme o grau de alterações neuropsicomotoras (sem atraso motor, atraso motor leve, atraso motor moderado).

Para georreferenciar as 7 cartas mencionadas será utilizou-se a ferramenta Georreferenciar presente no Sistema de Informação Geográfica (SIG) QGIS versão 2.18.16. Neste processo, por meio da grade de coordenadas presente em cada carta, foram posicionados 7 pontos de controle em cada uma das mesmas. Os lotes (bairros/balneários) serão vetorizados em formato *shapefile* (SHP) através da ferramenta Criar Feições (polígono) presente no mesmo SIG. Posteriormente serão classificados somente os bairros/balneários mencionados, nos quais serão adicionados os pontos com seus respectivos número de pacientes e inclusa a tabela dos pacientes conforme o grau de alterações neuropsicomotoras. Por fim, gerou-se quatro cartogramas correspondentes a localização geral da área de estudo e descrição individual dos pacientes por bairro/balneário.

Na fase 3b, relações entre processamento e as dimensões do desenvolvimento, verificou-se a frequência da ocorrência dos atrasos motores segundo as regiões do território.

3.4 FASE 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS E ATRASO MOTOR

Esta fase corresponde ao processo de relacionar os resultados das fases anteriores com as políticas públicas, ao verificar a situação do município em relação a distribuição e ocorrência dos atrasos.

A fase 4 cumpre com o último objetivo específico do estudo: Analisar os resultados obtidos sob o ponto de vista das políticas públicas de atenção à saúde. Na etapa 4a foi realizada a análise do cumprimento das diretrizes da PNAISC no município de Pontal do Paraná. Na etapa 4b analisamos de que forma os casos atendidos no território são contemplados pelo SUS através dos princípios doutrinários.

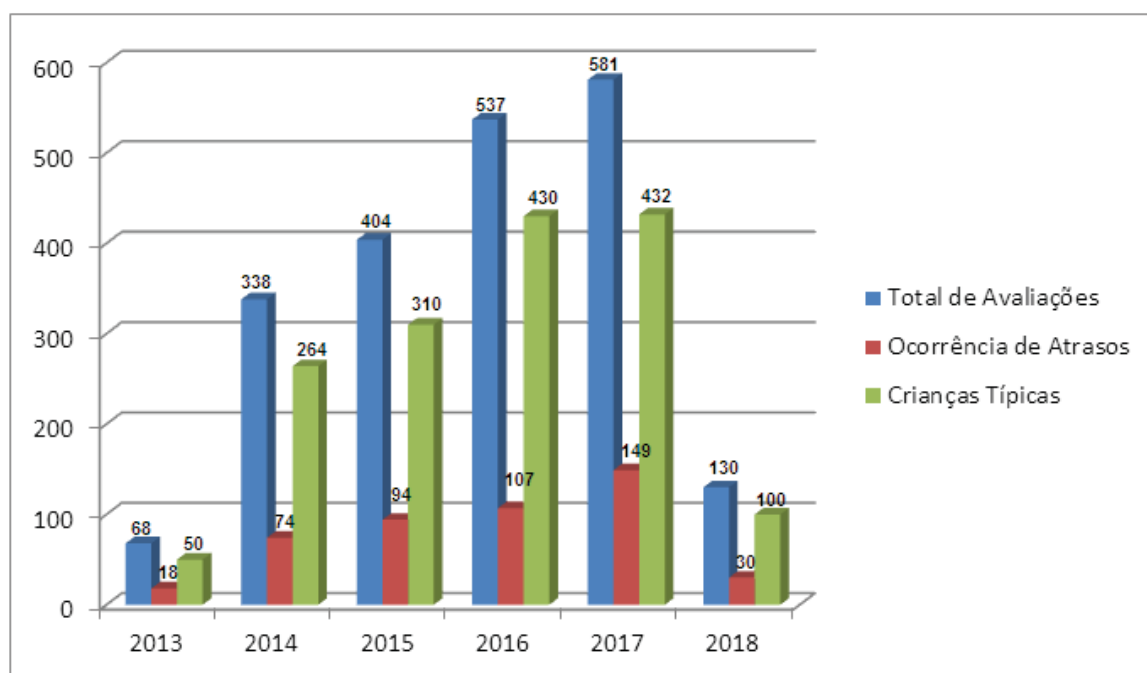
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 RESULTADO DA FASE 1 - COLETA DE DADOS

Os resultados apresentados nesta pesquisa são referentes à avaliação de 2058 crianças realizadas entre os anos de 2013 a 2018. É importante levar em consideração a quantidade de avaliações no ano inicial e final do estudo, pois elas foram realizadas em um período menor de meses - no ano de 2013 as avaliações se iniciaram no mês de maio e no ano de 2018 elas se encerraram no mês de fevereiro. Desta forma os gráficos a seguir apresentam um número menor de crianças avaliadas quando comparada aos outros anos.

Das 2058 crianças avaliadas, 22,93% (472) apresentaram atraso. O GRÁFICO 1 apresenta os dados anuais relativos a ocorrência de atraso no DMT.

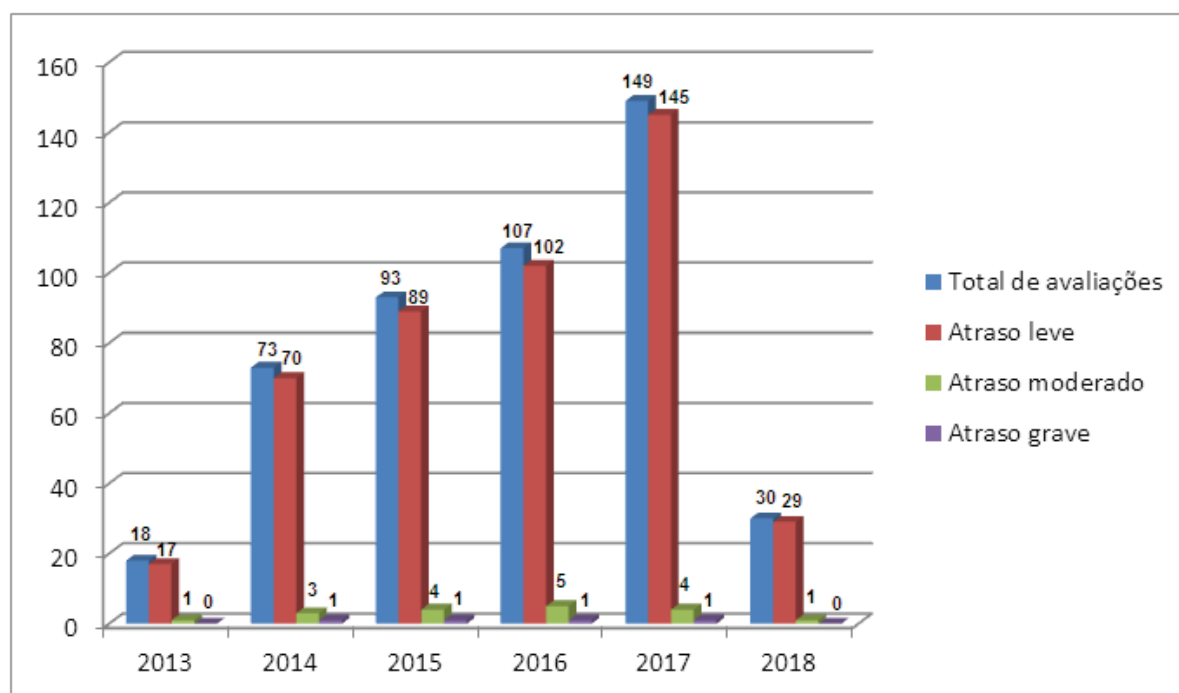
GRÁFICO 1 - OCORRÊNCIA DE ATRASO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE VIDA



FONTE: a autora (2018)

No GRÁFICO 2 divide-se os atrasos de forma segmentar por ano. Foram avaliadas 470 crianças que apresentaram algum tipo de atraso de DM, dentre elas 452 (96,17%) apresentaram atraso motor leve, 18 (3,83%) atraso moderado e 2 (0,42%) crianças apresentaram atraso grave no DM.

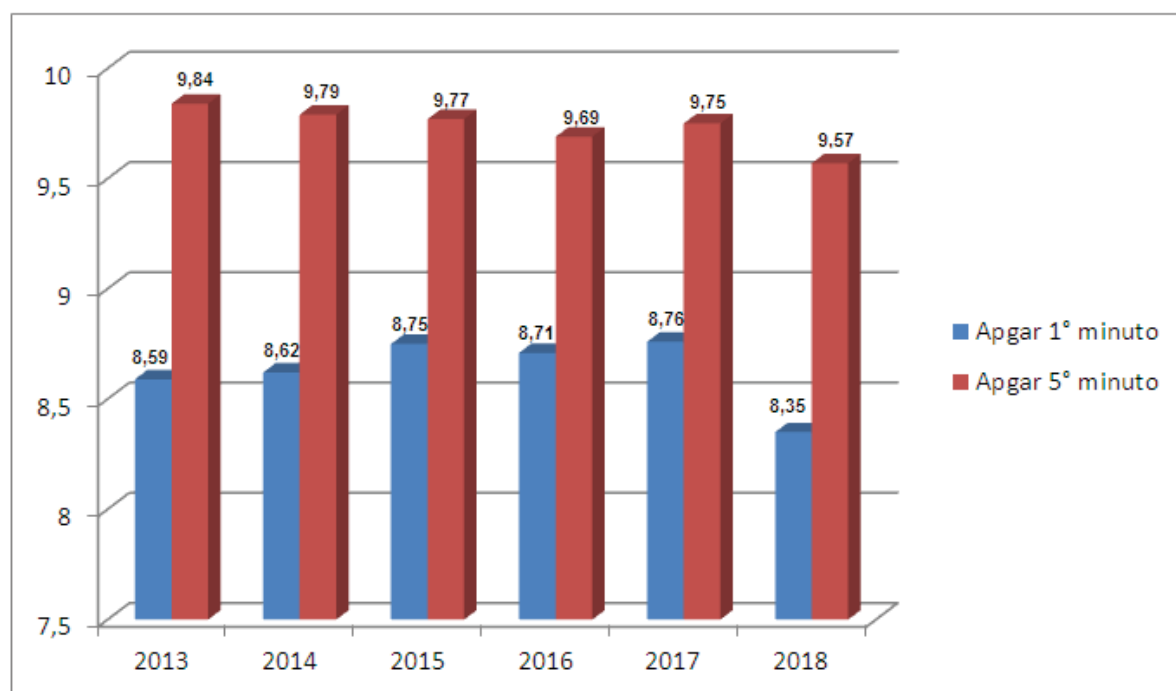
GRÁFICO 2 - PERFIL DOS DESVIOS DO DMT NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



FONTE: a autora (2019)

O GRÁFICO 3 mostra as médias de notas de Apgar encontradas no primeiro e no quinto minuto de vida dos recém-nascidos por ano, de 2013 a 2018. A média geral de apgar no primeiro minuto foi $8,68 \pm 1,24$ e no quinto minuto de $9,75 \pm 0,58$

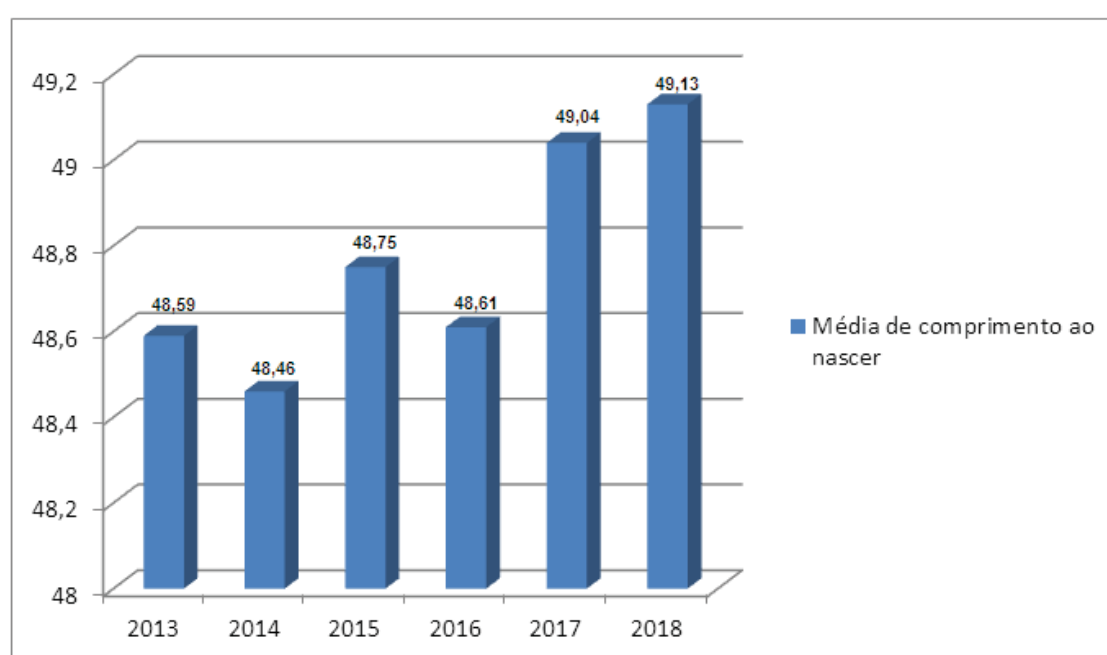
GRÁFICO 3 – APGAR NO PRIMEIRO E QUINTO MINUTO DE VIDA



FONTE: a autora (2019)

O GRÁFICO 4 apresenta a média de comprimento ao nascer das crianças avaliadas entre 2013 e 2018, onde a média geral foi $48,77 \pm 2,54$ centímetros.

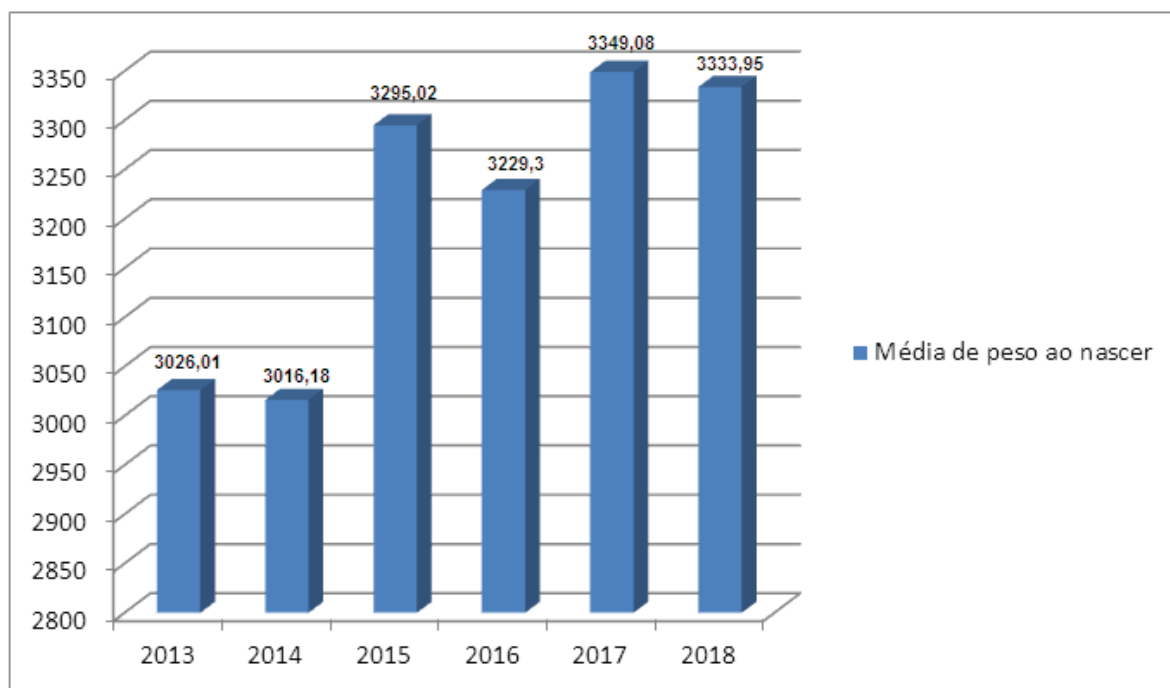
GRÁFICO 4 - MÉDIA DE COMPRIMENTO AO NASCER



FONTE: a autora (2019)

O GRÁFICO 5 mostra a média de peso ao nascer das crianças avaliadas $3280,70 \pm 526,52$ gramas.

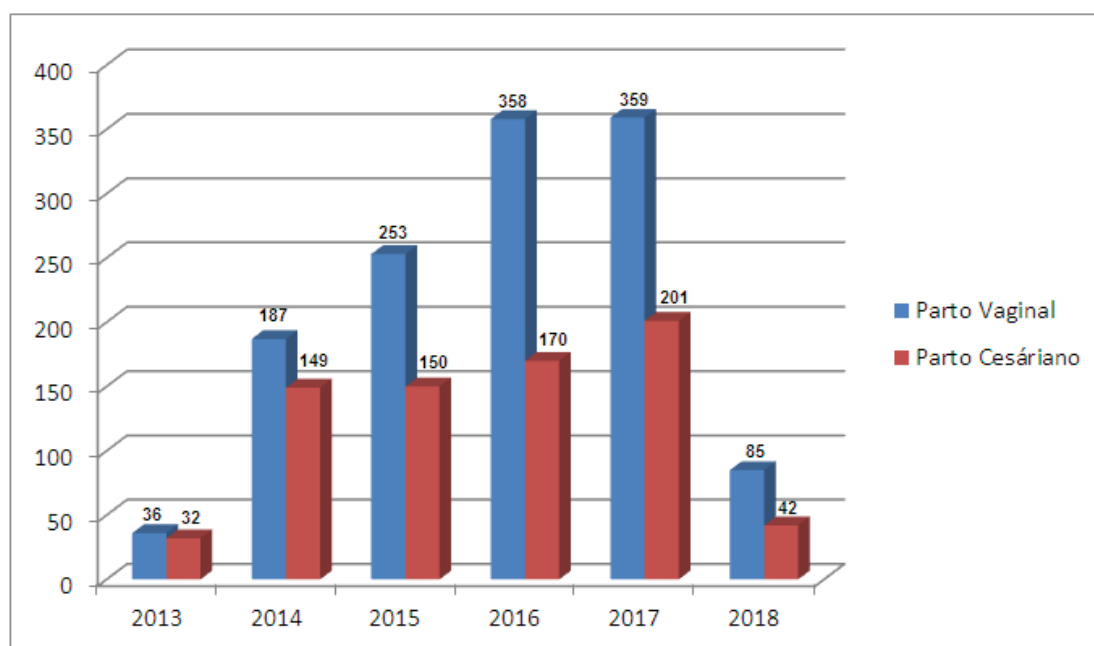
GRÁFICO 5 - MÉDIA DE PESO AO NASCER



FONTE: a autora (2019)

O GRÁFICO 6 apresenta os dados dos tipos de parto realizado divididos por ano (2013 à 2018) Neste período ocorreram 1278 (63,20%) partos vaginais e 744 (36,79%) partos por cesariana.

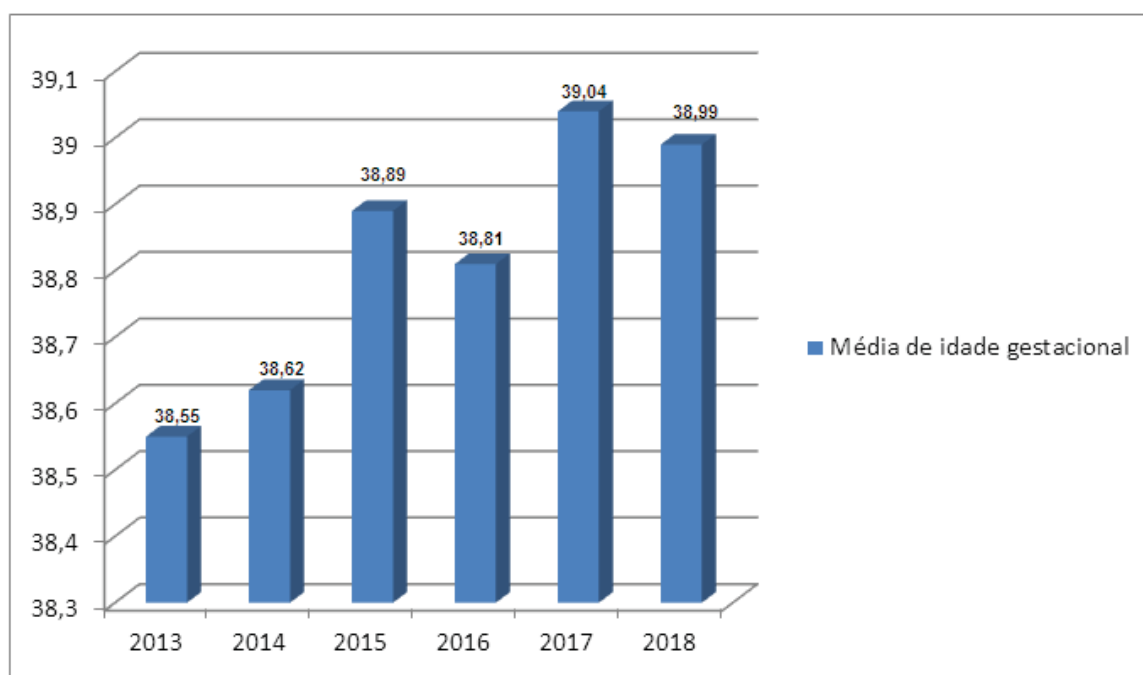
GRÁFICO 6 - OCORRÊNCIA DE TIPO DE PARTO



FONTE: a autora (2019).

O GRÁFICO 7 apresenta a idade média gestacional de todas as mães que responderam ao questionário entre os anos de 2013 a 2018. Onde a média de idade gestacional foi de $38,85 \pm 1,50$ semanas.

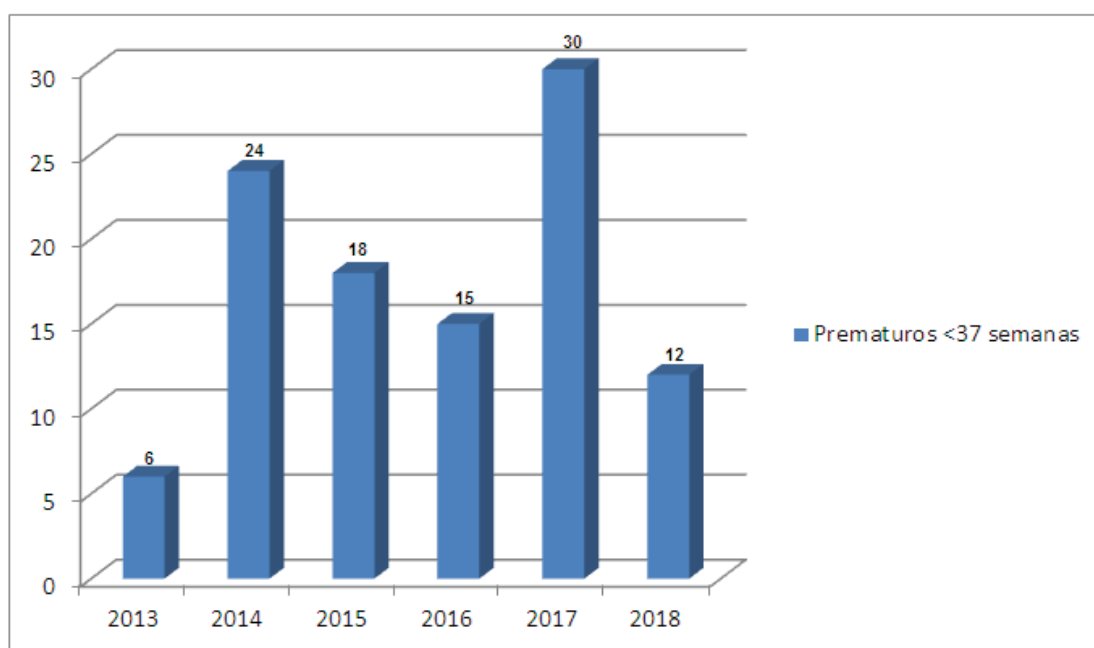
GRÁFICO 7 – IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO



FONTE: a autora (2019)

O GRÁFICO 8 representa a frequência anual de nascimentos prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) dentre as 105 ocorrências.

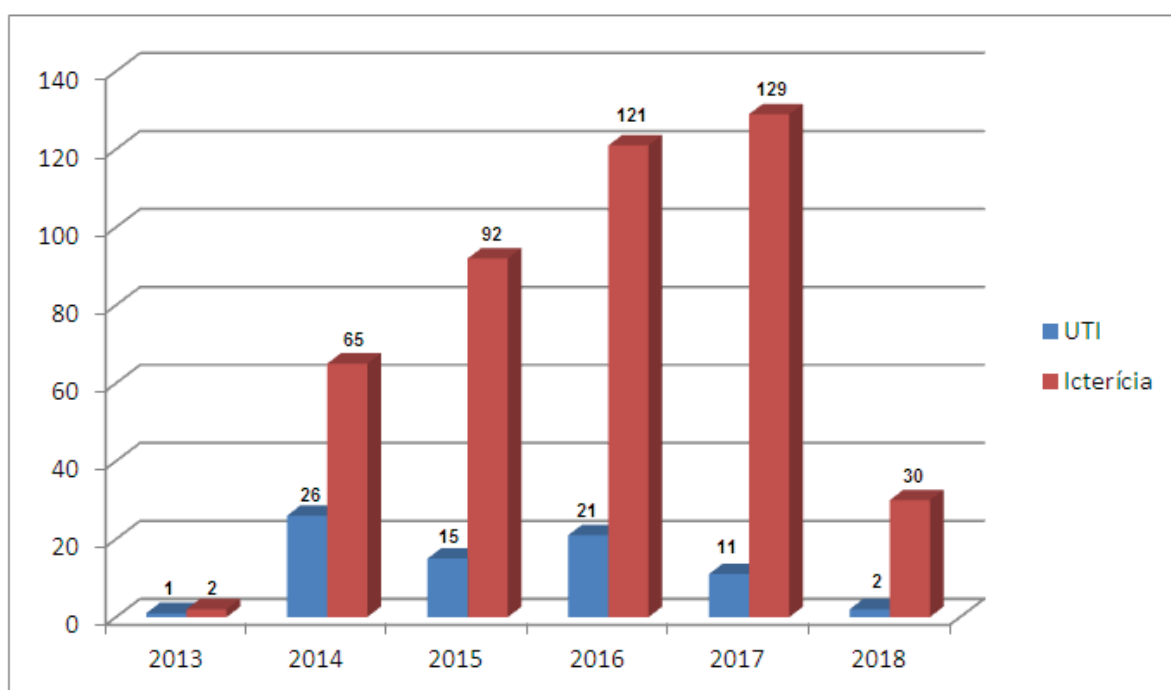
GRÁFICO 8 – OCORRÊNCIA DE PREMATURIDADE



FONTE: a autora (2019)

O GRÁFICO 9 apresenta dados anuais das 76 (3,69%) crianças avaliadas que necessitaram de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e das 439 (21,33%) apresentaram Icterícia.

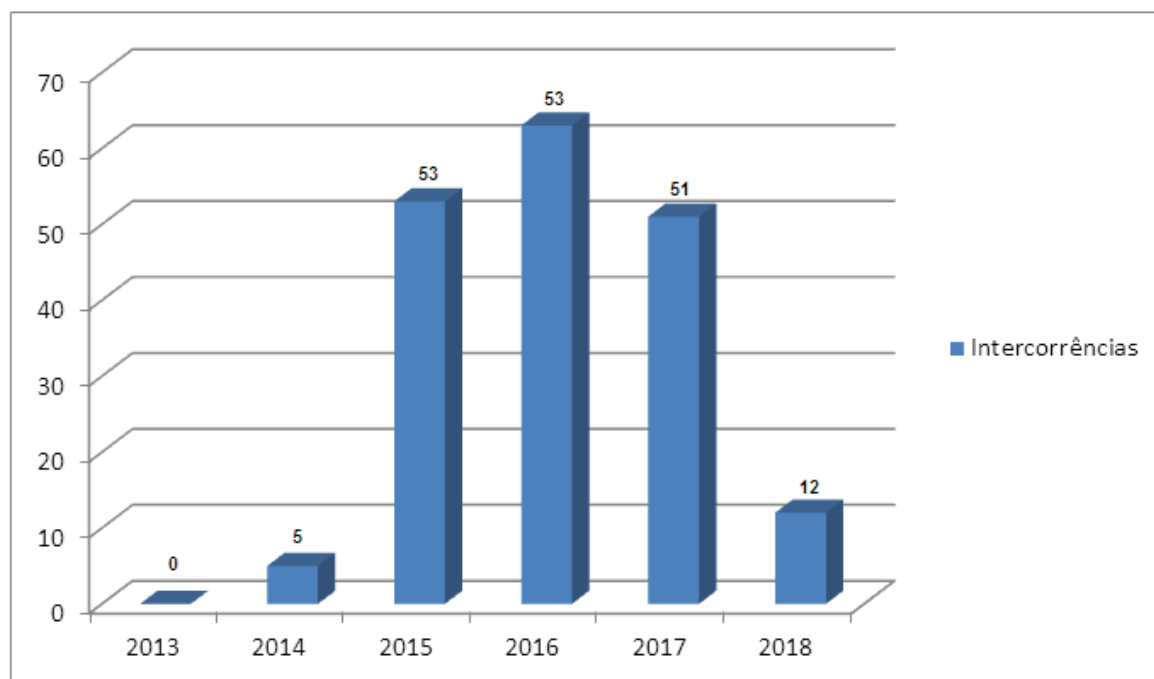
GRÁFICO 9 - INTERNAMENTO EM UTI NEONATAL E OCORRÊNCIA DE ICTERÍCIA



FONTE: a autora (2019)

No GRÁFICO 10 ilustra-se as condições das 184 crianças que apresentaram alguma intercorrência no primeiro ano de vida, por ano e a tabela 2 descreve quais são as intercorrências que as crianças avaliadas apresentaram ao longo desse quinquênio.

GRÁFICO 10 - INTERCORRÊNCIAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA



FONTE: a autora (2019).

TABELA 2 - INTERCORRÊNCIAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Ano	N	%	Caracterização
2013	0	0,00	Não houve
2014	5	1,48	Otite, conjuntivite e perda de peso
2015	53	13,12	Toxoplasmose, hérnia inguinal, desidratação, fratura obstétrica de clavícula, otite, septicemia
2016	63	11,73	Bronquite, hérnia inguinal, parada cardiorrespiratória, uveíte, fratura obstétrica de clavícula, aspiração de mecônio, afogamento, broncopneumonia
2017	51	8,78	Bronquite, hemimielia fibular, agenesia digital, abscesso perianal, pneumonia, epispadia, pneumonia, fratura obstétrica de clavícula, sífilis, sinal de ortolani, atetose distal discreta;
2018	12	9,23	Anemia, infecção de trato urinário, hérnia umbilical, fratura obstétrica de clavícula, otite, conjuntivite, meningite bacteriana.

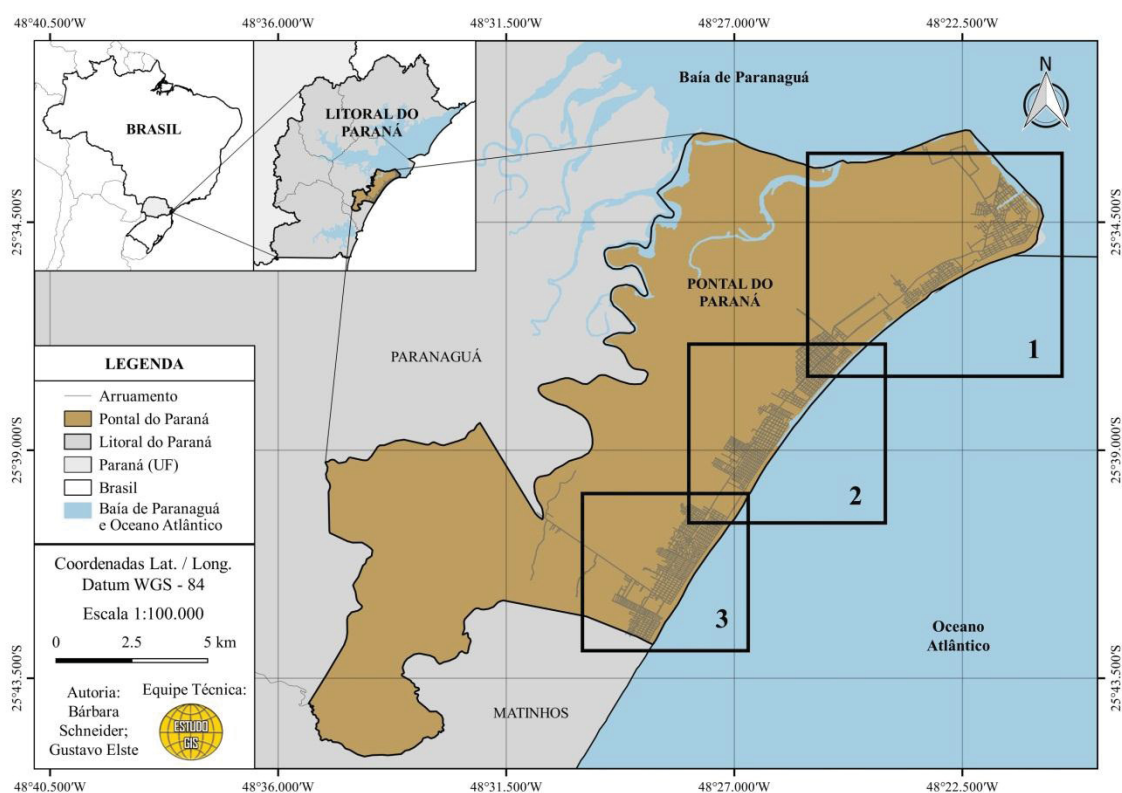
Legenda: N= número.

FONTE: a autora (2019).

4.2 - RESULTADOS DA FASE 2 – GEORREFERENCIAMENTO E GEOPROCESSAMENTO

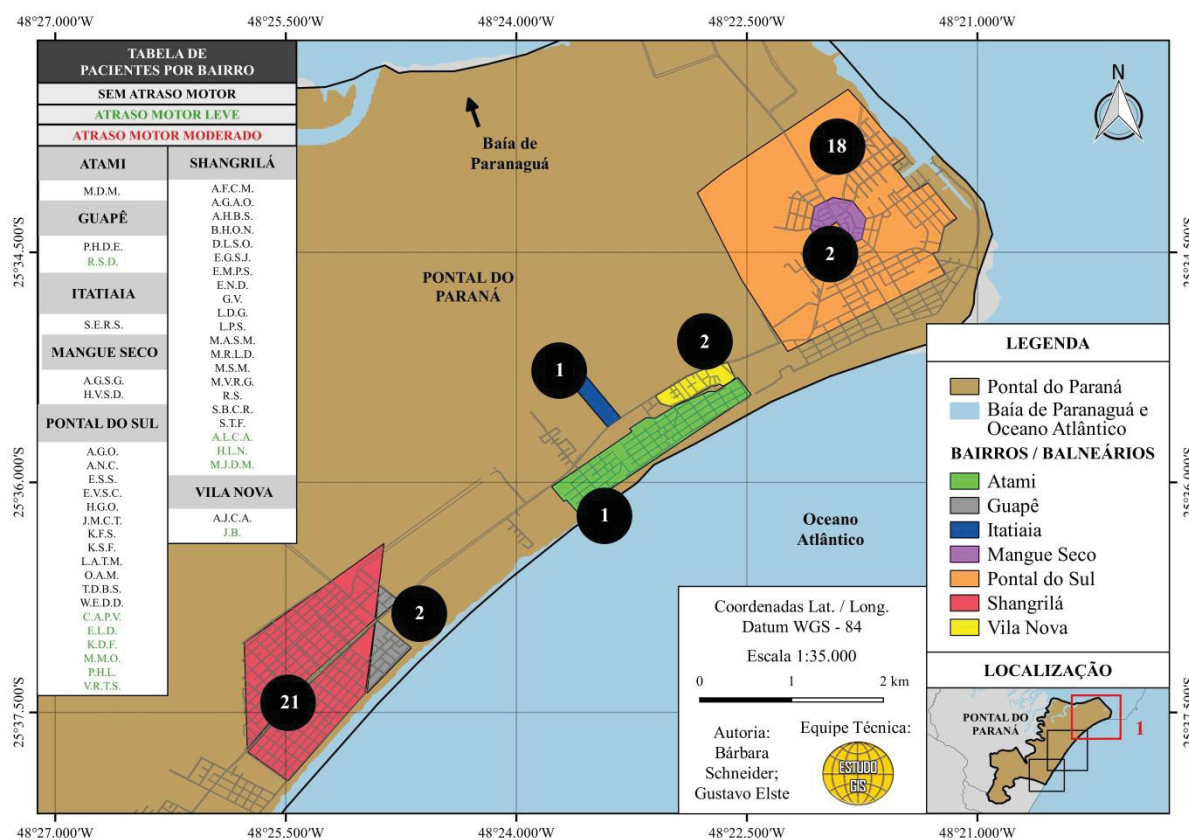
A representação espacial dos pacientes por bairro/balneário foi composta por 4 mapas, constituídos sobre o “Datum WGS – 84” e coordenadas geográficas expressas em “grau, minuto e sufixo”. O primeiro mapa (Figura 2) corresponde à localização geral da área de estudo, o segundo (Figura 3), o terceiro (Figura 4) e o quarto (Figura 5), com escalas mais aproximadas, correspondem à localização e a descrição individual (tabela 3) dos pacientes por bairro/balneário. A tabela 3 apresenta as coordenadas geográficas relativas à fase de distribuição espacial onde foram avaliadas 216 crianças, durante o ano de 2017, com endereços cadastrados na base de dados.

FIGURA 4 - MAPA DE LOCALIZAÇÃO GERAL DA ÁREA DE ESTUDO, CONTENDO OS TRÊS MAPAS DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIRROS/BALNEÁRIOS.



Fonte: a Autora e Colaboradores (equipe técnica Estudo GIS), adaptado de IBGE (2015)
 Legenda figura 4: Arruamento, Limites Municipais, Estaduais e Federais.

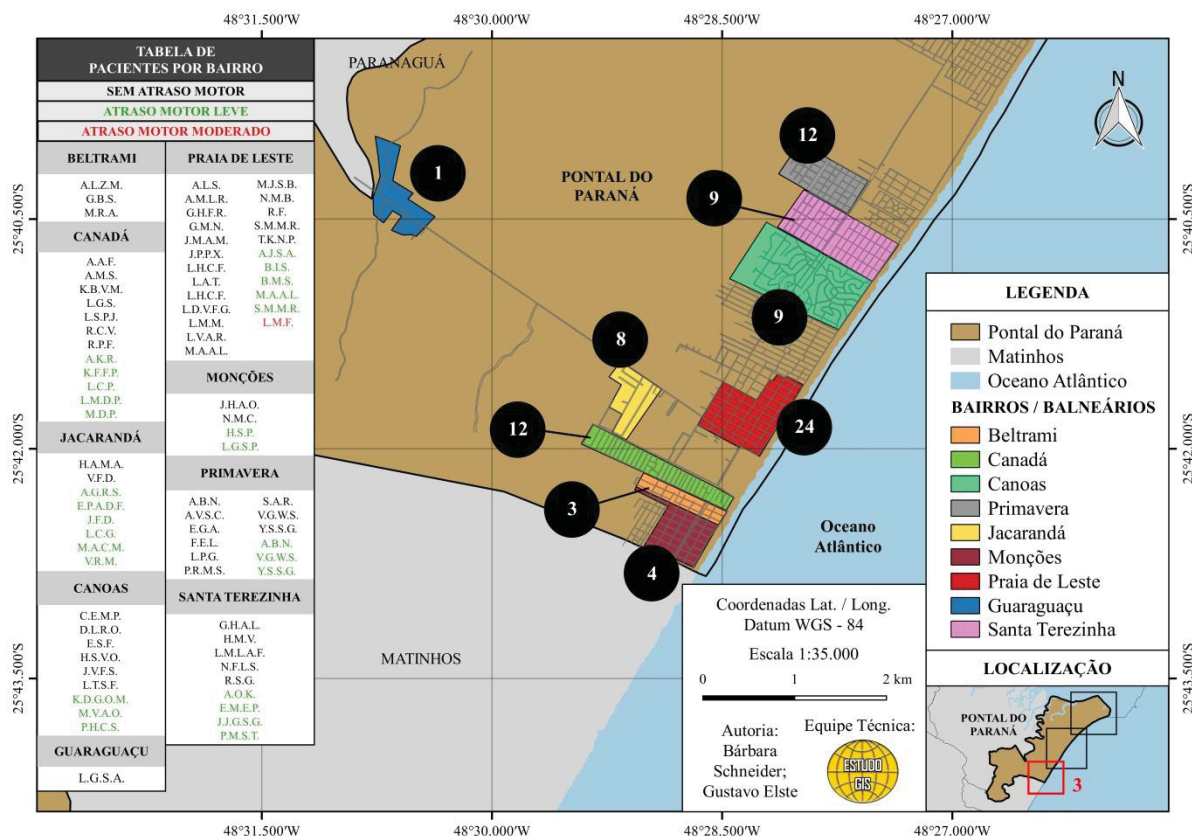
FIGURA 5 - PRIMEIRO MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIRROS/BALNEÁRIOS.



Fonte: a autora e Colaboradores (equipe técnica Estudo GIS), adaptado de IBGE (2015).

Legenda da Figura 5: Arruamento e Limites Municipais, Estaduais e Federais; Mapa Diagnóstico de Loteamentos Aprovados do Plano Diretor de Desenvolvimento do município de Pontal do Paraná (2004) - disponível no site do COLIT-PR, contendo os bairros/balneários: Atami, Guapê, Itatiaia, Mangue Seco, Pontal do Sul, Shangrilá e Vila Nova; Tabela de Campo (in loco): localização dos pacientes por bairro.

FIGURA 7 - TERCEIRO MAPA DE LOCALIZAÇÃO DOS PACIENTES POR BAIRROS/BALNEÁRIOS.



Fonte: a Autora e Colaboradores (equipe técnica Estudo GIS), adaptado de IBGE (2015).

Legenda da figura 7: Arruamento e Limites Municipais, Estaduais e Federais; Mapa Diagnóstico de Loteamentos Aprovados do Plano Diretor de Desenvolvimento do município de Pontal do Paraná (2004) - disponível no site do COLIT-PR, contendo os bairros/balneários: Beltrami, Canadá, Condomínio e Residencial Praia de Leste, Canoas, Jacarandá, Monções, Praia de Leste; Tabela de Campo (in loco): localização dos pacientes por bairro.

A tabela 3 mostra os bairros que fizeram parte do estudo destacando a quantidade de avaliações realizadas em cada local e dividindo em quantidade de crianças que não apresentaram nenhum atraso, com atraso leve, moderado e grave.

TABELA 3 – DIVISÃO DE ATRASOS POR BAIRROS/BALNEÁRIOS.

BAIRROS	Nº DE AVALIAÇÕES	% SEM ATRASO	% ATRASO LEVE	% ATRASO MODERADO	% ATRASO GRAVE
Ipanema	52	26 (50%)	25 (48,08%)	1 (1,92%)	(0%)
Praia de Leste	24	18 (75%)	5 (20,83%)	1 (4,17%)	(0%)
Pontal do Sul	18	12 (66,67%)	6 (33,33%)	(0%)	(0%)
Primavera	12	9 (75%)	3 (25%)	(0%)	(0%)
Shangri-lá	21	18 (85,71%)	3 (14,29%)	(0%)	(0%)
Monções	4	2 (50%)	2 (50%)	(0%)	(0%)
Marisol	3	1 (33,34%)	2 (66,66%)	(0%)	(0%)
Santa Terezinha	9	5 (55,55%)	4 (44,45%)	(0%)	(0%)
Grajaú	11	7 (63,64%)	4 (36,36%)	(0%)	(0%)
Jardim Canadá	12	7 (58,33%)	5 (41,67%)	(0%)	(0%)
Canoas	9	6 (66,67%)	3 (33,33%)	(0%)	(0%)
Leblon	8	5 (62,5%)	2 (25%)	1 (12,50%)	(0%)
Guarapari	5	3 (60%)	2 (40%)	(0%)	(0%)
Beltrami	3	3 (100%)	0 (0%)	(0%)	(0%)
Tabuleiro	3	2 (66,67%)	1 (33,33%)	(0%)	(0%)
Vila Nova	2	1 (50%)	1 (50%)	(0%)	(0%)
Mangue Seco	2	2 (100%)	0 (0%)	(0%)	(0%)
Carmery	2	2 (100%)	0 (0%)	(0%)	(0%)
Olho D'água	2	0 (0%)	2 (100%)	(0%)	(0%)
Atami	1	1 (100%)	0 (0%)	(0%)	(0%)
Guaraguaçu	1	1 (100%)	0 (0%)	(0%)	(0%)
Itapuá	1	0 (0%)	1 (100%)	(0%)	(0%)
Itatiaia	1	1 (100%)	0 (0%)	(0%)	(0%)
Guapê	2	1 (50%)	1 (50%)	(0%)	(0%)
Jardim Jacarandá	8	2 (25%)	6 (75%)	(0%)	(0%)

Fonte: a autora (2019).

A tabela 4 apresenta os bairros com maior incidência de atrasos leves por crianças avaliadas e a tabela 5 mostra os bairros em que houve a presença de atraso moderado, nenhuma criança avaliada no ano de 2017 apresentou atraso grave.

TABELA 4 – BAIRROS/BALNEÁRIOS COM MAIOR NÚMERO DE ATRASOS LEVES

BAIRROS	Nº DE AVALIAÇÕES	ATRASO LEVE
Ipanema	52	25
Jardim Jacarandá	8	6
Pontal do Sul	18	6
Praia de Leste	24	5
Jardim Canadá	12	5
Santa Terezinha	9	4
Grajaú	11	4
Shangri-lá	21	3
Primavera	12	3
Canoas	9	3

Fonte: a autora (2019).

TABELA 5 – BAIRROS/BALNEÁRIOS COM INCIDÊNCIA DE ATRASO MODERADO

BAIRROS	Nº DE AVALIAÇÕES	ATRASO MODERADO
Ipanema	52	1
Praia de Leste	24	1
Leblon	8	1

Fonte: a autora (2019).

A tabela 6 cita os bairros em que a pesquisa foi realizada, as abreviações dos nomes das crianças que participaram do estudo e a latitude e longitude que nos guiaram na realização dos mapas.

TABELA 6 - MAPEAMENTO TERRITORIAL

BAIRRO	PACIENTES	LATITUDE	LONGITUDE
Ipanema	GJS	-25,65528	-48,44674
	N.H.O.S.	-25,65535	-48,44677
	S.L.J.	-25,65528	-48,45415
	H.A.M.	-25,65883	-48,44876

	M.A.P.S.	25,69718	-48,47597
	L.D.J.C.	-25,64894	-48,44574
	A.L.M.	-25,65606	-48,45112
	P.G.R.	-25,62067	-48,42111
	D.G.A.	-25,6233	-48,41735
	A.S.S.	-25,62211	-48,41916
	I.C.T.	-25,65419	-48,44847
	I.S.M.	-25,65328	-48,44754
	J.S.P.S.	-25,65742	-48,45249
	L.F.M.A.	-25,62059	-48,42105
	G.M.	-25,64529	-48,44276
	N.V.S.	-25,65715	-48,4518
	D.A.M.	-25,65141	-48,4475
	E.M.V.	-25,65198	-48,44293
	M.V.D.S.	-25,65556	-48,44169
	L.M.B.	-25,66709	-48,44897
	T.P.N.	25,64763	-48,43921
	L.P.N.	25,64665	-48,43872
	S.A.P.M.	-25,6416	-48,44959
	H.G.Q.	-25,65104	-4.845.011
	E.G.C.	-25,65141	48,4475
	A.F.S.F.	-25,62058	-48,41426
	J.K.M.C.	-25,65141	-484475
	K.M.N.	-25,65604	-48,448
	G.P.S.	-25,65141	-484475
	B;H;H;A;	-25,65556	-48,44169
	L.G.X.S.	-25,66709	-48,44897
	L.K.	25,64763	-48,43921
	S.R.A.	25,64665	-48,43872
	R.A.	-25,65141	-484475
	J.K.L.L.	-25,65104	-4.845.947
	V.H.B.R.	-25,65141	48,4475
	M.H.S.N.	-25,62058	-48,41426
	L.B.O.	-25,65141	-484475
	T.E.M.S.	-25,65742	-4845249
	V.H.B.S.	-25,65141	-484475
	H.H.B.P.	-25,64893	-48,44479
	M.C.S.B.	-25,64936	-48,4433
	H.S.M.J.C.	-25,70872	-48,48034
	L.F.S.	-25,64963	-48,44437
	P.L.S.	-25,65035	-48,44683
	A.B.D.O.	-25,64991	-48,44445
	I.G.Q.	-25,64925	-48,43752
	T.J.V.S.	-25,65277	-48,44736
	H.A.	-25,6416	-48,44959
	G.S.B.	-25,62339	-48,41724
	E.A.	-25,65104	-4845011
	M.H.S.O	-25,65351	-4844024
Praia de Leste	A.L.S.	-2563136	-4853884
	G.M.N.	-2587845	-4856848
	B.I.S.	-2569145	-4847017
	L.V.A.R.	-2563015	-4843019
	A.J.S.A.	-2569495	-4847299
	L.D.V.S.E.	-2567165	-4851288

	J.P.P.X.	-2563136	-4853884
	B.M.S.	-2568978	-4846613
	G.H.F.R.	-2569239	-4846993
	L.M.F.	-2568895	-4847885
	J.H.C.F.	-2579723	-4847586
	A.M.L.R.	-2557739	-4836072
	J.M.A.M.	-256902	-4846448
	M.A.A.L.	-2569052	-4846875
	L.A.T.	-2569569	-4847283
	R.F.	-2569144	-4846982
	L.M.M.	-2568886	-4846958
	S.M.M.R.	-2569052	-4846875
	A.M.L.R.	-2569079	-4846684
	N.M.B.	-2569826	-4847825
	M.J.S.B.	-2568042	-4847204
	T.K.M.P.	-2569636	-4847231
Pontal do Sul	K.F.S.	-2555547	-4836937
	M.M.O.	-2557809	-4836253
	P.H.L.	-2557809	-4836253
	A.N.C.	-2556631	-4835252
	H.G.O.	-2556685	-4835714
	E.V.S.C.	-2557853	-4835593
	K.S.F.	-255792	-4836041
	W.E.D.D.	-2558157	-4836217
	J.M.C.T.	-255792	-4836041
	L.A.T.M.	-2557911	-4836451
	T.D.B.S.	-2556929	-4836441
	E.S.S.	-255707	-4835807
	O.A.M.	-2557025	-4835935
	K.D.F.	-2556846	-4836123
	V.R.T.S.	-2558099	-483708
	C.A.P.V.	-2501758	-4803326
	A.G.O.	-2556782	-483619
	E.L.D.	-255798	-4836028
Primavera	V.G.W.S.	-256704	-4846264
	E.G.A.	-2566943	-4846704
	E.G.G.A.	-2566857	-4846652
	Y.S.S.G.	-2569718	-4847597
	S.A.R.	-2566946	-4846252
	P.R.M.S.	-2566796	-4846759
	A.B.N.	-2566958	-4846619
	F.E.L.	-2566887	-4846747
	L.P.G.	-2567062	-4845958
	A.V.S.C.	-2566813	-4846769
	P.H.D.E.	-25,61367	-48,41849
	P.M.F.B.	-25,62602	-48,42866
Shangri-lá	L.P.S.	-2561367	-4841849
	S.T.F.	-2561613	-4842757
	M.J.B.M.	-2561679	-4842203
	E.G.S.J.	-2561836	-4842716
	A.F.C.M.	-2561226	-4841805
	E.N.D.	-256195	-4842654
	G.V.	-2562419	-4842301
	M.R.L.D.	-2562918	-4842258

	B.H.O.N.	-256211	-4842459
	E.M.P.S.	-25,62754	-48,42942
	S.B.C.R.	-2562056	-4842281
	M.V.R.G.	-2562757	-4842719
	H.L.N.	-2561578	-4842446
	M.S.M.	-2562547	-4842931
	A.L.C.A.	-2561744	-4842263
	R.S.	-2562005	-4842108
	D.L.S.O.	-2571182	-4848473
	A.G.A.O.	-2561664	-4841309
	A.H.B.S.	-2561564	-4842334
	A.L.C.A.	-2561744	-4842263
	M.A.S.M.	-2562631	-4842363
	L.D.G.	-2561403	-4841978
Monções	L.G.S.P.	-2570564	-4848342
	J.H.A.O.	-2570349	-484791
	H.S.P.	-2570008	-4847064
	N.M.C.	-2570924	-4847949
Marissol	J.A.L.	-2563906	-4843199
	A.L.B.	-2563759	-4843629
	B.B.H.	-25625661	-4841894
	P.H.C.A.	-2557863	-4835429
Santa Terezinha	R.S.G.	-256752	-4846791
	J.J.G.S.G.	-256749	-4846752
	E.M.E.P.	-2567345	-4846564
	P.M.S.T.	-2567408	-4846429
	L.M.L.A.F.	-2567564	-4846441
	A.O.K.	-2567462	-4846484
	G.H.A.L.	-2567519	-4846336
	N.F.L.S.	-2567551	-4846645
Grajaú	A.H.A.B.	-2564499	-4844115
	A.A.A.	-2565662	-4844603
	T.R.S.M.	-2565779	-4845107
	M.B.S.S.M.	-2564244	-4843392
	M.C.L.	-256469	-484359
	K.R.D.	-256527	-4844138
	K.S.N.	-256469	-4843597
	A.O.A.	-2563889	-48,4384
	A.S.M.	-2564071	-484405
	I.S.O.	-2639585	-4843874
	M.S.V.A.	-2565549	-4844428
Jardim Canadá	R.P.F.	-2570402	-4847587
	R.C.V.	-25,70162	-4848554
	L.S.P.J.	-25,70034	-484845
	A.M.S.	-2570072	-484864
	A.K.R.	-2570255	-4848123
	L.C.P.	-2570024	-4848657
	K.F.F.P.	-2570292	-4848278
	L.G.S.	-2569277	-4848408
	K.B.V.M.	-2570041	-484866
	L.M.D.P.	-2569983	-4848507
	M.D.P.	-2570037	-4848713
	A.A.F.	-2570035	-484842
	A.G.R.S.	-2569668	-4848479

	L.C.G.	-2569105	-4848518
	H.A.M.A.	-2569562	-484854
	J.F.D.	-2570031	-4848135
	E.P.A.D.F.	-2569653	-4848477
	V.R.M.	-2569351	-4848282
	V.F.D.	-2569474	-4848505
	M.A.C.M.	-2569666	-484847
Canoas	C.E.M.P.	-2568197	-4845969
	J.V.F.S.	-2568556	-4846604
	D.L.R.O.	-2568165	-484663
	E.S.F.	-2568412	-4846425
	P.H.C.S.	-2568464	-4847787
	K.D.G.O.M.	-2567986	-4846872
	M.V.A.O.	-2567962	-4846979
	H.S.V.O.	-256852	-4667348
	L.T.S.F.	-2567765	-48650
Leblon	J.L.F.	-2564689	-484212
	M.B.B.	-2564547	-484402
	M.M.M.	-2567513	-4846027
	C.S.T.	-2565203	-484409
	H.O.S.	-256497	-484393
	D.L.R.M.	-2565025	-4843961
	A.H.F.F.	-2564552	-4844206
	A.S.L.	-2566989	-4846214
Guarapari	A.L.L.	-2567355	-4845295
	D.S.S.N.	-2566981	-4845803
	M.V.R.	-2566834	-4846002
	R.L.F.M.	-2566844	-4847351
	L.S.S.	-2567127	-4845688
Beltrami	A.L.Z.M.	-2568576	-4846144
	M.R.A.	-2570396	-4848349
	G.B.S.	-2570688	-48,47768
Tabuleiro	L.B.P.	-2562104	-48,42168
	G.S.C.	-25,62131	-4842194
	K.N.P.	-2569729	-484783
Vila Nova	J.B.	-25,58865	-483789
	A.J.C.A.	-25,5886	-48,3786
Mangue Seco	A.G.S.G.	-25,5698	-4836666
	H.V.S.D.	-2557128	-4836562
Carmery	C.A.T.P.C.	-25,63467	-48,42708
	A.J.B.P.	-25,63543	-48,42932
Olho D'água	B.M.	-25,63498	-48,43485
	Y.D.V.C.	-25,69718	-48,47597
Atami	M.D.M.	-25,62471	-48,42533
Guaraguaçu	L.G.S.A.	-25,69567	-48,47847
Itapoa	S.S.M.	-25,67499	-48,45779
Itatiaia	S.E.R.S.	-2559817	-48,39364
Guapê	R.S.D.	-2566766	-48,44926

FONTE: a autora (2019).

4.3 RESULTADOS FASE 4 – RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS

O QUADRO 7 e o QUADRO 8 trazem as diretrizes da PNAISC e os princípios doutrinários do SUS relacionando com o que se desempenha no município de Pontal do Paraná atualmente

QUADRO 7: DIRETRIZES DA PNAISC E O CUMPRIMENTO DE SUAS AÇÕES EM PONTAL DO PARANÁ

DIRETRIZES	CUMPRIMENTO EM PONTAL DO PARANÁ
Gestão interfederativa das ações de saúde da criança	Não
Organização das ações e serviços em redes de atenção	Sim
Promoção da saúde	Sim
Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família	Sim
Qualificação da força de trabalho do SUS	Sim
Planejamento e desenvolvimento de ações	Sim
Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento	Sim
Permanente monitoramento e avaliação	Não
Intersetorialidade	Sim

FONTE: a autora (2019).

QUADRO 8: PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS E O CUMPRIMENTO DE SUAS AÇÕES EM PONTAL DO PARANÁ

PRINCÍPIOS	SIGNIFICADO
Universalidade	Sim
Integralidade	Sim
Equidade	Sim

FONTE: a autora (2019).

Cabe ressaltar que as ações e resultados da presente pesquisa permitem atender aos princípios do SUS e as diretrizes da PNAISC, inclusive a gestão interfederativa, se houvesse a presença de NASF/ESF no município.

5. DISCUSSÃO

O desenvolvimento neuromotor é um processo que segue uma sequência de forma contínua e sempre está relacionada a Idade cronológica, a partir de movimentos simples e desconectos, para altamente complexas, surgindo assim conhecimentos e habilidades motoras. Visto que todos estes acontecimentos são essenciais nos primeiros anos de vida, evidenciando, desta forma, alterações nas dimensões cognitivas, motoras, sociais e afetivas do ser humano (SANTOS, et al., 2019).

O desenvolvimento motor recebe influência positiva e negativa multifatorial, e para avaliar este desenvolvimento, faz-se necessário utilizar ferramentas apropriadas, a fim de diagnosticar e planejar intervenções, além de auxiliar na elaboração e aplicabilidade de políticas públicas voltadas a promoção da saúde da criança, resultando um incremento na qualidade de vida (FERREIRA-VASQUES & LAMÔNICA, 2018; SACCANI, et al., 2018).

Entender os primeiros anos de vida de uma criança tem fundamental importância, pois é neste período que há intensa plasticidade cerebral, visto, que esta é a fase onde há maiores repercussões sinápticas, possibilitando que estes se desenvolvam da melhor forma possível (MACY, 2015; JOHNSON, 2016).

Esta comparação se faz importante quando entendemos que os primeiros anos de vida de uma criança são considerados períodos críticos, com intensa plasticidade cerebral e um período onde o menor está sujeito a repercussões futuras, tais como dificuldades de aprendizagem e na coordenação motora. A plasticidade cerebral consiste na capacidade de mudanças morfológicas e/ou funcionais nas quais células neuronais alteram sua capacidade de conexões para mais ou para menos, dependendo se existem situações de estimulação ou restrição, podendo realizar a regulação emocional, a adaptação do comportamento e das habilidades motoras que podem ser estimuladas ou reduzidas de acordo com o ambiente em que esta criança está inserida caso receba intervenções adequadas durante os períodos sensíveis na sua maturação, especialmente neste primeiro ano de vida (ISMAIL; FATEMI; JOHNSTON, 2017; SOUZA, 2013; SHONKOFF, 2011). Neste contexto a variedade de estímulos tem fundamental importância para minimizar possíveis riscos de atraso neuromotor, visto que, os estímulos são essenciais para otimizar os ganhos motores (KNYCHALA, et al., 2018).

A Lei 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da educação Nacional – LDBEN), descreve que as instituições responsáveis pelo atendimento de crianças de zero a três anos de idade, são as creches, a partir de quatro até seis anos, são as pré-escolas, ambas compreendem a educação infantil, primeira etapa da educação básica, e tem como finalidade realizar o atendimento integral desenvolvendo como um todo a criança nestes primeiros anos de vida (SANTOS, et al., 2019).

Além do desenvolvimento biológico, as tarefas, as condições ambientais em que a criança está inserida, tem forte influência em seu comportamento motor. Um bom ambiente é um facilitador do desenvolvimento, no entanto um ambiente desfavorável pode ser otimizador, lentificando e restringindo o aprendizado deste grupo (SANTOS, et al., 2019).

Identificar precocemente uma criança com risco eminente em seu desenvolvimento, permite minimizar prejuízos neuromotores, portanto é importância em realizar acompanhamentos, por meio de ferramentas avaliativas específicas, em instituições de educação infantil, para traçar recursos estratégicos de intervenção individual a cada criança, promovendo um incremento no desenvolvimento infantil (SANTOS, et al., 2019).

Das 2058 crianças avaliadas, 22,93% apresentaram algum tipo de atraso do desenvolvimento motor que segundo a Academia Americana de Pediatria permitem a graduação do atraso motor em leve, moderado e grave (NORITZ, MURPHY and NEUROMOTORSCREENING EXPERT PANEL, 2013). Dentre as 470 crianças que apresentaram algum tipo de atraso de DM 96,17% apresentaram atraso motor leve, 3,83% atraso moderado e 0,42% destas crianças apresentaram atraso grave, este baixo índice de atraso grave encontrado aproxima-se de condições patológicas condizendo com os critérios de exclusão do estudo.

Os dados da pesquisa corroboram com os achados que foram encontrados por Paula & Griebeler (2017), que realizaram um em seus estudos com crianças de 0 a 24 meses, utilizando o Teste de Triagem de Denver II (TTDD-R), onde 68,97% das crianças avaliadas apresentaram desenvolvimento infantil adequado e 31,03% com suspeita de atraso no desenvolvimento.

Silva et al., (2016) também avaliou desenvolvimento neuropsicomotor com o TTDD-R em crianças de 4 meses a 3 anos que frequentavam creches onde o resultado da pesquisa apresentou 16 casos com suspeita de atraso, e 40 testes normais. Santos et al (2019), com o mesmo teste encontrou em seu estudo realizado

em uma NASF de uma cidade da região metropolitana de Curitiba/PR, onde avaliou 19 crianças com idades entre 7 e 35 meses, 37% apresentaram o DNPM questionável e 52,63% típico.

Santos et al (2019) identificou, das 85 crianças de 0 a 5 anos de idade avaliadas, 30,58% um índice questionável, ao realizar o mesmo TTDD-R, tinha com o objetivo prevenir e identificar precocemente os risco e atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor, assim como aspectos relacionados a nutrição, cognição e emocionais, dessas crianças de um centro de educação infantil.

Comparando as escalas de avaliação, Alberta Infant Motor Scale e Bayley Scale of Infant Development, com crianças de 3 meses a 1 ano e 4 meses, observou-se, atraso de 2 a 6,1%, suspeita de atraso de 22,4 a 24,5%; e DM normal de 71,4 a 75,5%. Contudo, verificou-se atraso leve em 6 a 12% dos bebês. Já a Escala Bayley não apontou nenhuma criança com atraso significativo. Os resultados encontrados nestes estudos confirmam os dados nesta pesquisa, que apresentam atrasos em mais de 20% da amostra (PEREIRA; SACCANI & VALENTINI, 2016).

DORNELAS & MAGALHÃES (2016) realizaram um estudo comparando escolares (entre sete e oito anos) que receberam diagnóstico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) antes dos dois anos de idade com crianças de desenvolvimento típico. O grupo com ADNPM obteve desempenho motor inferior quando comparado com o grupo típico onde 66,7% das crianças típicas tiveram participação adequada na escola, apenas 22,2% crianças com atraso apresentaram o mesmo desempenho. Estes dados mostram que as crianças com atraso apresentam dificuldades persistentes na idade escolar, além de desempenho funcional significativamente inferior ao de crianças sem atraso. Entendendo que o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) é complexo e dinâmico, e sofre influências de vários elementos genéticos, biológicos e socioambientais de forma positiva e/ou negativa, é possível perceber durante a avaliação do desenvolvimento motor que o sistema nervoso integra-se para organizar e produzir os movimentos, ativando simultaneamente todas as áreas (sensorial, cognitiva, psíquica, social e de linguagem). Este fato esclarece o motivo pelo qual um déficit cognitivo ou um distúrbio psico-afetivo podem causar atraso no alcance de marcos motores ou afetar a qualidade dos movimentos (FERNANDES, DANTAS e MOURÃO-CARVALHAL, 2014; HASSANO, 2011; SANTOS et al., 2009). É importante que se reforce a necessidade de não somente investigar o aspecto motor (única e exclusivamente),

mas também os demais fatores intrínsecos e extrínsecos que relacionam-se ao desenvolvimento, tais como fatores sociais, econômicos e ambientais, condições maternas e gestacionais, entre outros (SÁ DE SOUZA e MAGALHÃES, 2012; EICKMANN, MALKES e LIMA, 2012; ARAÚJO, EIKEMANN e COUTINHO, 2013; CRESTANI et al., 2013; RIBEIRO, PEROSA e PADOVANI, 2014). Justificando as ações que buscam a prevenção e a promoção da saúde considerando o quão complexo esta área de desenvolvimento é, com ações e práticas precoces de identificação, avaliação, acompanhamento e estimulação do DNPM, evitando possíveis complicações futuras para crianças em risco e/ou com desenvolvimento atípico (ARAUJO et al. 2014).

Daelmans et al. (2016) e Richter et al. (2016), afirmam que o incentivo ao desenvolvimento da primeira infância cresce nos países em expansão. Em longo prazo, observou-se uma população de baixa e média rentabilidade, desde o nascimento até a fase adulta. Foi realizado programas de incentivo ao desenvolvimento neuropsicomotor ao longo dos 4 primeiros anos, evidenciou-se nestes, um incremento de 25% de rendimento médio. Por outro lado, a avaliação realizada a partir do nascimento, mostra que as falhas no crescimento nos dois primeiros anos de vida têm efeito prejudicial à saúde do adulto refletindo em doenças crônicas, menor nível educacional e na redução salarial na vida adulta, além de prejudicar diretamente no capital humano. Salienta-se que os déficits e atrasos podem persistir na geração seguinte, produzindo um ciclo vicioso intergeracional de perpetuação da pobreza. Isto demonstra a importância de se propor estratégias de desenvolvimento na primeira infância para crianças de média e baixa renda, com avaliação e acompanhamento desde o nascimento.

A criança não pode ser vista de forma segmentada, é necessário com que aja uma articulação entre as esferas que a acompanham, pois desta forma desenvolvimento ideal acontecerá sem percalço. Para que isto fosse possível de se atingir houve a necessidade de integrar os três níveis de atenção e as diversas redes saúde, além da sistematização e articulação entre diferentes ações, programas e políticas existentes no campo de saúde da criança no país para que em 5 de agosto de 2015, através da Portaria GM 1.130, surgisse a PNAISC. Esta foi a primeira política criada especificamente para abordar a saúde integral da criança no Brasil unindo um conjunto de ações programáticas e estratégias para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida, somando-se às

iniciativas e diretrizes das políticas públicas universais desenvolvidas pelo SUS (BRASIL, 2015). Além disso, os princípios e diretrizes da PNAISC vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (MACÊDO, 2016).

Os dados encontrados no nosso estudo quanto à idade materna, comprimento e peso do bebê ao nascer e APGAR no 1º e 5º minuto corroboram com os resultados encontrados por Venturella et al (2013) em que avaliou o desenvolvimento motor de 90 crianças de Escolas de Educação Infantil Particulares do Município de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul onde as médias encontradas giram em torno das encontradas no estudo que realizamos. Uma possível justificativa pode ser pelos dois estudos serem realizados no sul do Brasil, pois segundo Rintzel et al (2018) a Região Sul apresenta as menores taxas de mortalidade infantil do Brasil, se tornando um exemplo a ser seguido.

Dentre os fatores de interferência no DI descritos na literatura destaca-se a idade gestacional (GONTIJO, MAGALHÃES e GUERRA, 2014; KANAZAWA et al., 2014). O nascimento prematuro associa-se ao maior risco de problemas de desenvolvimento, o que demonstra o impacto da imaturidade do organismo na fase neonatal nos resultados de desenvolvimento posteriores (MOREÍ et al., 2015). As crianças que nascem com idade gestacional baixa têm maior probabilidade de apresentarem comprometimentos em dois ou mais domínios de desenvolvimento (DOYLE, ROBERTS e ANDERSON, 2010; GREENE et al., 2012; KERSTJENS et al., 2012; MANSOSO e STJERNQVITS, 2014; VAN HUS et al., 2014). Em crianças prematuras há uma taxa mais elevada de deficiência em outros domínios em comparação com recém-nascidos prematuros que não têm deficiência motora (VAN HUS et al., 2014). Por isso a importância da estimulação do DM para que não haja o comprometimento do desenvolvimento global infantil. As comorbidades que frequentemente acompanham atrasos leves no DM incluem: déficits e atrasos cognitivos, comunicação, comportamental, pessoal-social e perceptual/sensorial (EELES et al., 2015; MANSOSO e STJERNQVITS, 2014; MOORE et al., 2012; SAIGAL e DOYLE, 2008; VAN HUS et al., 2014).

Já Do Padro et al (2018) realizaram um estudo de desenvolvimento neuropsicomotor segundo o Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II, em crianças nascidas prematuras e com baixo peso acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família. O estudo trouxe uma associação significativa entre a idade

gestacional, peso ao nascer, tipo de parto, internação, local da residência, renda do pai, idade e escolaridade da mãe a atrasos no desenvolvimento da criança, sendo que os fatores mais significativos foram internação da criança e a escolaridade da mãe. Por este motivo tornasse tão importante estudos que façam o levantamento de fatores socioeconômicos e culturais como complemento a avaliação motora da criança.

Os dados antropométricos do momento do nascimento – comprimento, peso e perímetro cefálico – são abordados em conjunto a seguir, por serem variáveis conexas. Os bebês que nascem pequenos para a idade gestacional, ao levar em consideração tanto o comprimento quanto o peso ao nascimento, têm um risco aumentado de mortalidade e de déficits no crescimento (BLACK et al., 2013; CHRISTIAN et al., 2013). Por isso, destaca-se a importância da comparação da altura e do peso da criança com um padrão de crescimento internacional. Quando se utilizou uma referência do peso ao nascer nos Estados Unidos, mais de um quarto de todos os nascidos vivos em países de baixa e média renda, o que corresponde a 32,4 milhões de bebês, nasceram pequenos para a idade gestacional (BLACK et al., 2016). Publicou-se um novo padrão internacional de peso ao nascer posteriormente (VILLAR et al., 2014), e a comparação com esta norma resultará em uma redução de cerca de um quarto na prevalência global estimada de bebês nascidos pequenos para a idade gestacional (KOZUKI et al., 2015), o que ainda gera altos índices.

Os dados antropométricos do momento do nascimento – comprimento, peso e perímetro cefálico – são abordados em conjunto a seguir, por serem variáveis conexas. Os bebês que nascem pequenos para a idade gestacional, ao levar em consideração tanto o comprimento quanto o peso ao nascimento, têm um risco aumentado de mortalidade e de déficits no crescimento (BLACK et al., 2013; CHRISTIAN et al., 2013). Por isso, destaca-se a importância da comparação da altura e do peso da criança com um padrão de crescimento internacional. Quando se utilizou uma referência do peso ao nascer nos Estados Unidos, mais de um quarto de todos os nascidos vivos em países de baixa e média renda, o que corresponde a 32,4 milhões de bebês, nasceram pequenos para a idade gestacional (BLACK et al., 2016). Publicou-se um novo padrão internacional de peso ao nascer posteriormente (VILLAR et al., 2014), e a comparação com esta norma resultará em uma redução de cerca de um quarto na prevalência global estimada de bebês nascidos pequenos para a idade gestacional (KOZUKI et al., 2015), o que ainda gera altos índices.

A hospitalização em UTI neonatal é apontada, em vários estudos, como um dos fatores de risco que influenciam o desenvolvimento global dos bebês, incluindo o DM (AMORIM et al., 2009; GABBARD e KREBS, 2012; GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; HALPERN et al., 2000; HALPERN e FIGUEIRAS, 2004; MARIAMENGEL e LINHARES, 2007; PANCERI et al., 2012; WALKER et al., 2007; WALKER et al., 2011). Por sua vez, a icterícia após o nascimento reflete uma adaptação neonatal ao metabolismo da bilirrubina e é denominada de “fisiológica”. Estima-se que aproximadamente 60% dos neonatos desenvolvam a icterícia fisiológica na primeira semana de vida (ALMEIDA e DRAQUE, 2012). Contudo, quando prolongada ou decorrente de um processo patológico, pode alcançar concentrações elevadas e ser lesiva ao SNC, instalando-se o quadro de encefalopatia bilirrubínica aguda com letargia, hipotonia e sucção débil nos primeiros dias de vida. Caso não seja tratada imediatamente, evolui para a forma crônica da doença, com sequelas neurológicas permanentes, comprometendo o DM, ou para óbito (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, 2004). Por isso, a necessidade de atenção contínua dos profissionais da APS sobre estes aspectos para prevenção de danos à saúde da criança.

Quanto ao número de gestações da considera-se a alta paridade um fator de risco tanto para a mortalidade fetal e infantil, quanto para complicações gestacionais (OLIVEIRA et al. 2015). O número de abortos apresenta-se como uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna (SINGH, SEDGH e HUSSAIN, 2010).

O número de consultas realizadas no pré-natal não apresentou relação com o DM no presente estudo. No entanto, a literatura aponta que esta variável também compreende o rol dos condicionantes de saúde materna que incidem sobre o DI. A assistência durante o período pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco para a criança passíveis de correção (BARROS et al., 2010; 137 KILSZTAJN et al., 2003; LEAL et al., 2004; MENEZES et al., 2006). No Brasil, a mortalidade neonatal, a prevalência de baixo peso ao nascer e a prematuridade estão relacionadas à carência de procedimentos rotineiros e básicos na assistência à gestante (MARANHÃO, JOAQUIM e SIU, 1999; MONTEIRO, BENICIO e ORTIZ, 2000).

A mãe com maior escolaridade presta assistência melhor aos seus filhos devido ao maior conhecimento e informação (GAKIDOU et al., 2010; LIMA et al.,

2010; RIBEIRO, PEROSA e PADOVANI, 2014; RAMOS, DUMITH e CÉSAR, 2015). Mesmo assim, a baixa escolaridade materna aumentou a chance de óbito neonatal em 25% (FONSECA et al., 2017).

A idade da mãe também apresenta relação com desfechos pós-natais. Fonseca e colaboradores (2017) verificaram que óbitos neonatais ocorreram com maior frequência quando as mães eram adolescentes. Assis, Viana e Rassi (2008) apontam que a idade materna acima de 30 anos constitui fator de risco para a condição de hipertensão arterial crônica associada à pré-eclâmpsia, o que favorece a ocorrência do parto prematuro. A gestação de mães adolescentes acentuou-se nos últimos anos, assim como a de mães com idade acima de 35 anos. Ambas constituem fator de risco para o desencadeamento do parto prematuro e complicações ao desenvolvimento saudável do bebê (OLIVEIRA, 2013).

Frente a esses resultados é interessante a realização do estudo levando em conta o sexo das crianças e a divisão dos atrasos por mês. A maior dificuldade foi encontrar estudos com tantas variáveis para comparação direta, afim de propor investigar a faixa etária da primeira infância, visto que o mais comum atualmente é encontrar estudos que tratem do perfil de desenvolvimento na segunda e terceira infância (CAVALCANTE E COSTA, 2016; FERNANDES, DANTAS e MOURÃO-CARVALHAL, 2014; MAGGI et al., 2014).

A Estratégia de Saúde da Família tem favorecido a universalização dos cuidados com a valorização da equidade e da integralidade na atenção primária a saúde, buscando o aperfeiçoamento das equipes em saúde no trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e o cuidado especial com a saúde infantil. A carência da unidade hospitalar retrata a falta de acesso da população aos serviços de saúde, e corresponde um indicador relacionado a morbimortalidade durante o primeiro ano de vida (TEIXEIRA, 2012; BRASIL, 2009). Estes dados mostram a vulnerabilidade do território à atenção e cuidado integral dos bebês menores de um ano de idade de Pontal do Paraná, com risco para a morbimortalidade infantil que agrava-se pela necessidade de deslocamento até outro município, tanto para a realização dos partos, quanto para o atendimento de intercorrências pré e pós-natais.

A promoção de saúde é a terceira diretriz da PNAISC, diversas estratégias contemplam a promoção de saúde no período da infância, contempla as ações para aleitamento materno e alimentação complementar saudável (BRASIL, 2015a). É

claro e bem descrito na literatura o impacto positivo da amamentação para a promoção e proteção da saúde infantil, para o desenvolvimento global e saudável do bebê (ESCOBAR et al., 2002; OPAS, 2003) e para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e afetivo infantil (CARRASCOZA et al., 2005). No município a equipe de enfermagem realiza este acompanhamento e, quando necessário, encaminha para o atendimento de especialista.

A PNAISC prevê a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, que consiste na vigilância e estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento, em especial na PI. A política considera PI a faixa etária de 0 a 5 anos, ou seja, de 0 a 72 meses de idade (BRASIL, 2015a) em Pontal do Paraná é realizado o acompanhamento das crianças aos 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses, portanto 6 vezes durante os primeiros 12 meses de vida da criança. Os casos de suspeita de atraso no desenvolvimento são acompanhados na USCM mesmo após os 12 meses, e, no caso de atraso, encaminhados para a UBS de referência da família em seu bairro. Ainda, além dos marcos do desenvolvimento maturativo, motor e social, recomenda-se acrescentar indicadores psíquicos nas avaliações (MACÊDO, 2016).

Pontal do Paraná por realizar ações de puericultura contempla esta estratégia da política, que objetiva a redução destes agravos na PI. Um dos condicionantes mais importantes deste estudo é o internamento ou doença grave do bebê, o que ressalta o estabelecimento e a importância das RAS da criança. A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, que pertence ao nível da APS e possui grande impacto nas condições gerais da saúde infantil. Trata-se de um marco dos avanços tecnológicos e controle de doenças na área da saúde e, ainda, mostra-se como um procedimento de menor custo e maior efetividade neste campo até os dias de hoje (STARFIELD, 2002; CYPEL, 2013). No caso do Pontal do Paraná, as orientações sobre o calendário de vacinação durante o primeiro ano de vida são reiteradas pela equipe de enfermagem e de fisioterapia da USCM, além do acompanhamento realizado pela UBS de referência do bairro, que realiza a aplicação das vacinas. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que os direitos das crianças e adolescentes sejam assegurados com absoluta prioridade, sendo responsabilidade da família, da sociedade e do Estado o cumprimento de tais direitos (BRASIL, 1990b).

A quarta diretriz da PNAISC aponta o fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família (BRASIL, 2015a), Alguns profissionais de saúde de

Pontal do Paraná participam dos programas de pós-graduação da UFPR, entende-se que o município contribui para a educação continuada de seus profissionais. Com os profissionais mais capacitados para atender a população, há fomento ao planejamento e desenvolvimento de ações em saúde, como ocorre, por exemplo, com as capacitações às gestantes. Uma vez por semana, um profissional de saúde da USCM desenvolve ações de capacitação para as gestantes acerca da sua área de atuação. Isto ocorre em todas as UBS do município. Além disso, a parceria entre a UFPR e a secretaria de saúde do município reitera o proposto por estas diretrizes da PNAISC. Por sua vez, o monitoramento e a avaliação de um programa ou política é a última fase do ciclo de uma PP, que se dá por meio de medidas de desempenho (OLIVEIRA, 2012). A avaliação de uma PP constitui investigação complexa, que não faz parte do escopo deste trabalho. Além disso, a PNAISC em Pontal do Paraná ainda encontra-se em processo de implementação. A intersectorialidade da PNAISC relaciona-se ao princípio da integralidade do SUS. O princípio da integralidade do SUS perpassa pelos princípios e eixos da PNAISC na medida em que se oferece atendimento conforme a necessidade do usuário, ao abordar os determinantes sociais de saúde que condicionam a possibilidade da criança ter qualidade de vida. Atende-se nos espaços de saúde crianças que se encontram em situações de extrema vulnerabilidade, pois a infância por si só já constitui um período de vulnerabilidade. Entende-se que serviço de puericultura realizado na USCM em Pontal do Paraná torna-se modelo no atendimento de crianças de 1 a 12 meses de idade, ainda que necessite de adequações e melhorias, e colabora para o desenvolvimento humano e sustentável.

No que diz respeito às questões específicas do território desta pesquisa o Art. 5º da PNAISC traz as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças nos municípios, a primeira diretriz cita a gestão interfederativa das ações de saúde da criança; que no município de Pontal do Paraná não acontece devido a não concretização da NASF e ESF (mesmo que no município aja ações que se assemelhem a elas), por este motivo não existe o financiamento interfederativo destas ações, bem como para fins da PNAISC (BRASIL, 2015).

O Município não conta com maternidade, por este motivo as gestantes realizam o pré-natal na UBS e no momento do parto são transferidas para o Hospital Regional do Litoral, um hospital com maternidade que atende todo o litoral do

Estado. Esta característica se relaciona a segunda diretriz da PNAISC que diz respeito a organização das ações e serviços na rede de atenção o primeiro eixo da política fala da atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas na maternidade, conformando-se uma rede de atenção (MACÊDO, 2016; BRASIL, 2015a).

Ainda sobre as dimensões do desenvolvimento, o geoprocessamento segmenta o território e permite investigações e ações direcionadas as suas regiões com maior vulnerabilidade. No presente estudo verificou-se que em 5 bairros 50% das crianças avaliadas possuíam algum atraso. As condições socioambientais constituem determinantes tão importantes quanto os próprios determinantes biológicos no desenvolvimento de crianças (PERSSON, 2017). Estima-se que 26% das mortes na infância e 25% da carga total de doenças em crianças ocorrem por exposições ambientais. Estes números incidem especialmente em crianças com menos de cinco anos de idade, e é composta em grande parte por doenças infecciosas e parasitárias, e condições neonatais e nutricionais. Os maiores contribuintes são as infecções respiratórias, seguidas das doenças diarreicas e neonatais, e ocorre principalmente em países de baixa e média renda (WHO, 2017b). O acesso a água tratada e saneamento de qualidade está intimamente relacionado à melhora das condições de saúde de crianças em todo o mundo (WHO, 2017a).

As crianças, principalmente as que constituem o grupo da primeira infância, são mais vulneráveis aos efeitos da água contaminada. As doenças intestinais, como a diarreia, prejudicam o bom funcionamento do intestino e impedem a absorção de nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento de uma criança. Durante a infância se bebe mais água por unidade de peso corporal do que em qualquer outra faixa etária e, pelo metabolismo ser imaturo, existe maior probabilidade de prejuízos à saúde por parte de alguns produtos químicos à base de água. Ainda, as crianças não são capazes de reconhecer e atuar sobre os riscos relacionados à qualidade e à segurança da água (WHO, 2014a), e certos modos de comportamento, como colocar mãos e objetos na boca e brincar ao ar livre, podem aumentar a exposição das crianças a contaminantes ambientais (WHO e UNEP, 2010).

Em 2015, 91% da população mundial usou uma fonte melhorada de água potável, em comparação com 76% em 1990. Isto corresponde a 2.6 bilhões de pessoas que ganharam acesso a água de qualidade (UNICEF e WHO, 2012). No entanto, 663 milhões de pessoas ainda não tem acesso a uma fonte de água tratada (UNICEF e WHO, 2015). Outros estudos demonstram que pelo menos uma em cada quatro pessoas em todo o mundo (1,8 bilhão de pessoas) bebe água contaminada com fezes (BAIN et al., 2014), e 1,2 bilhões usam água de fontes que apresentam sérios riscos sanitários (ONDA et al., 2012). No Brasil, o estudo de Boing e Boing (2007) apresentou coeficientes de correlação negativa estatisticamente significativa da mortalidade infantil com a proporção de pessoas que vivem domicílios com banheiro e água encanada. Ao Sul do país, no Estado do Rio Grande do Sul, Velleda, Soares e Cézar-Vaz (2011) verificaram que, no bloco das condições de moradia e exposição a fatores ambientais, a única variável que apresentou uma tendência de associação com a suspeita de atraso no DM foi a presença de água encanada no domicílio. No nordeste do país, as condições de saneamento chamam atenção: 79,6% das famílias tinham água encanada em casa, porém só a metade possuía sanitário com descarga (EICKMANN et al., 2009). As mortes causadas por doenças diarreicas em crianças caíram de 1,2 milhão em 2000 para 526 000 em 2015 (WHO, 2017b). No entanto, ainda faz parte dos principais contribuintes para a mortalidade infantil global, ao causar em torno de 10% de todas as mortes em crianças menores de cinco anos (WHO, 2016a).

Uma grande proporção das doenças diarreicas ocorre através de agentes patogênicos fecaisorais, evitáveis através de água potável, saneamento e higiene adequados (FREEMAN et al., 2014; WOLF et al., 2014). A OMS recentemente estimou que 361 000 mortes por diarreia em crianças menores de cinco anos, representando mais de 5% de todas as mortes nessa faixa etária em países de baixa e média renda, poderiam ter sido evitadas através da redução da exposição a água potável inadequada, saneamento e higiene (PRUSS-USTUN et al., 2014).

Outro condicionante de atrasos no desenvolvimento de crianças em todo mundo é o saneamento básico, tendo em vista que as infecções causadas por um saneamento deficiente impedem que as crianças absorvam nutrientes, o que significa que eles usam energia para combater a infecção em vez do crescimento, existe risco de desnutrição, atrasos permanentes e déficits intelectuais, como discute-se este tópico a seguir (DANGOUR et al.; 2013; WHO, 2015). De 1990 a

2015, a porcentagem da população global que utiliza instalações de saneamento adequadas aumentou de 54% para 68% (UNICEF e WHO, 2015). No entanto, em 2015, quase um bilhão de pessoas ainda não usavam instalações de sanitários, e outros 640 milhões de pessoas dependiam de banheiros compartilhados ou públicos (UNICEF e WHO, 2015).

Destaca-se que o saneamento inadequado em uma pequena área ameaça uma comunidade inteira, ao poluir o abastecimento de água e espalhar vermes intestinais, diarreia, cólera, disenteria, hepatite A e poliomielite (WHO, 2017a). Infecções intestinais de nemátodos afetam centenas de milhões de crianças ao redor do mundo (WHO, 2016c) e comprometem o crescimento físico e o desenvolvimento cognitivo das crianças, devido às deficiências de micronutrientes. O contágio da doença ocorre quando as fezes contaminadas com ovos contaminam o meio ambiente em áreas com saneamento pobre (WHO, 2017b). Semelhantemente, a esquistossomose leva a efeitos de longo prazo e irreversíveis para a saúde. A transmissão ocorre através de contato humano direto com água contaminada por excrementos de humanos infecciosos. Em crianças, muitas vezes infectadas por falta de higiene e contato com água infestada, a doença causa anemia e capacidade reduzida de aprender (WHO, 2016d).

Os principais riscos ambientais modificáveis são saneamento e higiene inadequados (GRIMES et al., 2014). Do mesmo modo, em regiões com menos acesso à água, saneamento e higiene, a malária compromete o desenvolvimento de milhões de crianças (UNICEF e WHO, 2015). As intervenções que melhoraram o abastecimento de água, a qualidade da água e o acesso ao saneamento mostraram-se possíveis e rentáveis (HALLER, HUTTON e BARTRAM, 2007; UN WATER e WHO, 2014; WHO, 2012). Além disso, o simples ato de lavar as mãos com água e sabão reduz a propagação de infecções virais, doenças bacterianas e contaminação química (FREEMAN et al., 2014, HONG et al., 2011; LUBY et al., 2011; STRUNZ et al., 2014; WANG et al., 2009; WHO, 2017b).

Ainda, destaca-se o foco na prevenção realizada através da APS, pois a redução dos riscos ambientais não só melhora a saúde das crianças, mas também leva à poupança de cuidados de saúde. Ações intersetoriais, como entre os setores de saúde, energia, transportes, indústria/comércio, habitação e água, são necessários para reduzir adequadamente os riscos ambientais. Estas intervenções têm o potencial de contribuir para o alcance dos ODS ao beneficiar a saúde, o clima,

o meio ambiente e o desenvolvimento global (WHO, 2017b). A era dos ODS constitui uma oportunidade global para depositar o foco renovado na saúde ambiental das crianças, ao fornecer metas sólidas para reduzir a carga de doenças dos riscos ambientais para crianças em todo o mundo. Em 2015 o Governo do Estado do Paraná anunciou que, através do programa Saneamento para Todos do Governo Federal, ampliaria a rede de saneamento de Pontal do Paraná de 25,95% para cerca de 75%, através de 255km de rede. As obras iniciaram em 2016 e têm previsão para findarem em 2019. Tal fato situa o município em um patamar superior na busca pelos ODS e, conseqüentemente, melhores condições de saúde infantil.

Este estudo escolheu como ferramenta a utilização do GIS (Sistemas de Informação Geográfica) que de acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é uma das tecnologias existentes mais eficazes para facilitar os processos de informação e tomada de decisão no que diz respeito à facilitação, a localização de eventos em saúde espaço-temporais além de auxiliar na identificação e monitoramento das características desses eventos e seus fatores de risco, reconhecimento de áreas e grupos populacionais com maior necessidade de acesso, integração de diferentes variáveis e avaliação do impacto das ações na saúde (REBOLLE, CHIARAVALLLOTI NETO & GIATTI, 2018). Por este motivo foi escolhido utilizar esta ferramenta para melhor visualização das áreas em que se apresentam o maior número de crianças com atrasos para que através destes dados seja possível potencializar ações e estimular o poder público a intervir, a fim de reduzir os números negativos encontrados e quem sabe até utilizar os locais com menos incidência de atrasos como modelo territorial para tal feito.

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho abre caminho para novos estudos que utilizem esta ferramenta de geoprocessamento em saúde podendo de uma forma simples identificar os locais com maior índice de vulnerabilidade em saúde, social e/ou econômico, a coleta desses dados pode se dar a partir dos dados coletados nas consultas das Unidades Básicas de Saúde, podendo também ampliar os dados coletados para pastas familiares e assim identificar famílias com maiores riscos. A partir da caracterização dessas famílias e com auxílio das políticas públicas realizar intervenções de áreas diversas para reduzir os danos intergeracionais destes.

A precoce identificação de alterações no desenvolvimento motor no primeiro ano de vida facilita a intervenção e proporciona melhores respostas aos estímulos favorecidos. Desta forma o estudo estimula a presença de fisioterapeutas nas unidades básicas de saúde complementando o quadro na avaliação mensal da criança, podendo assim identificar e intervir em alterações neuropsicomotoras de forma preventiva, além de trabalhar em conjunto com a família para melhor estimulação no ambiente domiciliar.

Esperamos também incentivar o uso da ferramenta de GIS em estudos realizados na área da saúde infantil, em especial na atenção primária, com o propósito de difundir os benefícios do uso desta tecnologia, bem como precisar os desafios que devem ser superados para sua contribuição no desenvolvimento do território avaliado.

Como produto final deste trabalho foi realizado uma cartilha elaborada através de uma pesquisa bibliográfica atual objetivando contribuir com informações aos pais, professores e profissionais da saúde a forma correta de identificar possíveis atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança e cada fase do seu desenvolvimento até os cinco anos de idade e de que forma realizar a estimulação precoce para que estes atrasos não ocorram, ou se caso ocorrerem tenham uma intervenção precoce. Esta cartilha será disponibilizada na Secretaria de Saúde de Pontal do Paraná para que possa ser distribuída às Unidades Básicas de Saúde e Centros de Educação Infantis do município.

Esta pesquisa cumpriu com os objetivos iniciais estabelecidos, pois conseguiu realizar um estudo transversal do perfil neuropsicomotor das crianças menores de um ano avaliadas no território em questão podendo georreferenciá-las de acordo

com o bairro de residência para identificar as áreas de maior vulnerabilidade e consequentemente maior número de atrasos do desenvolvimento. Desta forma foi possível identificar quais políticas públicas estão vigentes no município além de possibilitar discutir a implementação de novas políticas.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, A. M. C; LABRONICIM L. M; MAFTUM, M. A; MAZZA, V. A. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Rev Esc Enferm USP* 2012;
- ALVES, J. E. D. Os 70 anos da ONU e a agenda global para o segundo quinquênio (2015- 2030) do século XXI. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.587-598, set./dez. 2015.
- ARAUJO, K. M. G. A; FIGUEIREDO, T. M. R. M; GOMES, L. C. F; PINTO, M. L; SILVA, T. C BERTOLOZZI, M. R. Evolução da distribuição espacial dos casos novos de tuberculose no município de Patos (PB), 2001-2010. *Cad. saúde colet.* vol.21 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2013.
- ARAÚJO, J.P.; DA SILVA, R.M.M.; COLLETIL, N.; NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIEIRO, C.S. História da Saúde da Criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.67, n.6, p. 1000-1007, 2014.
- ARAUJO, L. B; QUADROS, D. ; MURATA, M. P. F; ISRAEL, V. L. Avaliação neuropsicomotora de crianças de 0 a 5 anos em centros de educação infantil do ensino público. *Rev. CEFAC* vol.21 no.3 São Paulo 2019
- ARAÚJO, A. T. C.; EICKMANN, S. H.; COUTINHO, S. B. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, v. 13, n. 2, 2013.
- ASLAM, S.; GEORGIEV, H.; MEHTA, K.; KUMAR, A. Matching research design to clinical research questions. *Indian. J. Sex. Transm. Dis.*, v.33, p. 49- 53, 2012.
- ALMEIDA, M.F.B.; DRAQUE, C.M. Icterícia no recém-nascido com idade gestacional ≥ 35 semanas. Documento científico. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de neonatologia, 2012.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, v.114, n.1, p.297-316, 2004
- AMORIM, R. C. A. et al. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 506-513, 2009.
- BARROS, F.C. et al. Global report on preterm and stillbirth (3 of 7): evidence for effectiveness of interventions. *BMC Pregnancy Childbirth*, v.10, s.1, 2010.
- BLACK, M.M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, v.389, n.10064, p.77-90, 2016.
- BLACK, R.E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v.382 p.427–51, 2013.
- BRASIL. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e Pesquisas, Rio de Janeiro, n.1-, 2015b.
- BATISTA FILHO, M; CRUZ, R. S. B. L. C. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.15 no.4 Recife Oct./Dec. 2015.
- BARR, M. Organizadora *Neurociências e Educação na Primeira Infância: progressos e obstáculos*. Brasília; Senado Federal; Comissão de Valorização da Primeira Infância e Cultura da Paz, 2016.
- BEZERRA, A. C. V. Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios. *Saúde. Soc.* São Paulo, v.26, n.4, 2017

BRASIL. ECA. Estatuto da Criança e do Adolescente/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social. Brasília: MEC, ACS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Portaria nº 1130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2015.

Bronfenbrenner, Urie, bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: artmed, 2011.

BUSS, P. M; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008) *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009.

BUSS, P. M; MACHADO, J. M. H; GALLO, E; MAGALHÃES, D. P; SETTI, A. F. F; NETTO, F. A. F; BUSS, D. F. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6):1479-1491, 2012.

CAVALCANTI, C. Sustentabilidade: mantra ou escolha moral? Uma abordagem ecológico-econômica. *Estudos Avançados*, São Paulo, v.26, n.74, p. 35-50, 2012

CARRASCOZA, K. C., et al. Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. *Paideia*. v.15., n.30, p.93-104, 2005.

CRESTANI, A.H. et al. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, v.15, n.4, p.847-856, 2013.

CHRISTIAN, P. et al. Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational age and preterm birth in low- and middle-income countries. *International Journal of Epidemiology*, v.42, n.5, p.1340–55, 2013.

CYPEL, S. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013.

CARRILHO, A. N; CANDIDO, H. G & SOUZA, A. D. Geoprocessamento aplicado na seleção de áreas para a implantação de aterro sanitário no município de Conceição das Alagoas (MG). *Ambient*. [online]. 2018, vol.23, n.1, pp.201-206. ISSN 1413-4152.

CARDOSO, F. H. Crise e reinvenção da política no Brasil. Editora Companhia das Letras, 2018.

CARDOSO, B. L. A., & DEL PRETTE, Z. A. P. (2017) Habilidades sociais conjugais: uma revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(2), 124-137

CARDOSO, A. S; SANTOS JR, R. A. O. Indicadores de sustentabilidade e o ideário institucional: um exercício a partir dos ODM e ODS. *Cienc. Cult*. [online]. 2019, vol.71, n.1, pp.50-55. ISSN 2317-6660. <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602019000100014>.

CONILL, E. M; XAVIER, D. R; PIOLA, S. F; SILVA S. F; BARROS, H. S; BÁSCOLO, E. Determinantes sociais, condicionantes e desempenho dos serviços de saúde em países da América Latina, Portugal e Espanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401246&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170850>.

CASTILHO-WEINERT, L.V.; LOPES, H.S.; WEINERT, W.R. Desenvolvimento motor típico no primeiro ano de vida: caracterização e detalhamento. *Fisioterapia Ser*, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2015.

COELHO NETO, A. S. REDES E TERRITÓRIOS. Mercator, Fortaleza, v. 12, n. 28, p. 19-34, mai./ago. 2013.

CORVALÁN, C.P.; KJELLSTRÖM, T.; SMITH, K.R. Health, Environment and Sustainable Development. Identifying links and indicators to promote action. Epidemiology Resources Inc., v.10, n.5, p.656-66, 1999.

COLIN, Elaine Cristina da Silva; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Territorialidade, desenvolvimento local e promoção da saúde: estudo de caso em uma vila histórica de Santo André, São Paulo. Saude soc., São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1246-1260, out. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000401246&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170850>.

DAELMANS, B; DARMSTADT, G. L; LOMBARDI, J; BLACK, M. M; BRITTO, P. R; LYE, S; DUA, T; BHUTTA, Z. Q. A; RICHTER, L. M. Early childhood development: the foundation of sustainable development. Published online October 4, 2016.

DAMASCENO, S. S; NÓBREGA, V. M; COUTINHO, S. E. D; REICHERT, A. P. S; TOSO, B. R. G. O; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2016.

DUCIONI, D. D. Análise comparativa das relações comerciais brasileiras com países em diferentes níveis de desenvolvimento. 2018.

DORNELAS, L. F. MAGALHAES, L. C.. Desempenho funcional de escolares que receberam diagnóstico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor até os dois anos. *Rev. paul. pediatr.* [online]. 2016,

DOYLE, L.; ROBERTS, G.; ANDERSON, P.J. Outcomes at age 2 years of infants GREENE, M.M. et al. Evaluating preterm infants with the Bayley-III: patterns and correlates of development. Research in Developmental Disabilities, v.33, p.1948– 56, 2012.

DO PRADO, I. F. et al. Desenvolvimento Neuropsicomotor em Crianças Nascidas Prematuras e com Baixo Peso. Revista Lusófona de Ciência das Religiões, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 327-348, feb. 2019.

DANGOUR, A.D. et al. Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children. The Cochrane Database of Systematic Reviews, v.1, n.8, CD009382, 2013

ESCOBAR, A.M.U. et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 2, n. 3, p. 253-261, 2002.

EELES, A.L. et al. Sensory profiles obtained from parental reports correlate with independent assessments of development in very preterm children at 2 years of age. Early Human Development, v.89, n.12, p.1075–80, 2013.

EICKMANN, S.H.; MALKES, N. F. A.; LIMA, M. C. Psychomotor development of preterm infants aged 6 to 12 months. São Paulo Medical Journal, v. 130, n. 5, p. 299- 306, 2012.

ESTEVA, G. Desenvolvimento. IN: SACHS, W. Dicionário do desenvolvimento: guia para o conhecimento como poder. Petrópolis: Vozes, 2000.

FARIA, R; SANTANA, P. Variações espaciais e desigualdades regionais no indicador de mortalidade infantil do estado de Minas Gerais, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, 2016.

FREEMAN, M.C. et al. Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. Tropical Medicine & International Health, v.19, n.8, p.906-16, 2014.

FREEMAN, M.C. et al. Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. *Tropical Medicine & International Health*, v.19, n.8, p.906-16, 2014.

FURTADO, M. C. C; MELLO, D. F; PINA, J. C; VICENTE, J. B; LIMA, P. R; REZENDE, V. D. Ações e Articulações do Enfermeiro no Cuidado da Criança na Atenção Básica. *TEXTO CONTEXTO ENFERM*, 2018;

FERNANDES, C. T.; DANTAS, P. M. S.; MOURAO-CARVALHAL, M. I. Desempenhopsicomotor de escolares com dificuldades de aprendizagem em cálculos. *Revista Brasileira de Estudos em Pedagogia*, Brasília , v. 95, n. 239, p. 112-138, 2014.

FONSECA, S.C. et al. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. *Revista de Saúde Pública*, v.51, n.94, p.1-7, 2017.

FERNANDES, C. T.; DANTAS, P. M. S.; MOURAO-CARVALHAL, M. I. Desempenhopsicomotor de escolares com dificuldades de aprendizagem em cálculos. *Revista Brasileira de Estudos em Pedagogia*, Brasília , v. 95, n. 239, p. 112-138, 2014.

FERREIRA-VASQUES, A. T; LAMÔNICA, D. A. C Avaliação instrumentalizada do desenvolvimento infantil: nova realidade brasileira. *CoDAS vol.30 no.6* São Paulo, 2018

FROTA, M. A; MAIA, J. A; PEREIRA, A. S; NOBRE, C. S; VIEIRA, L. J. E. S. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. *Enfermagem em Foco* 2010;

FUJACO, M. A. G; LEITE, M. G. P; MESSIAS, M. C. T. B. Análise multitemporal das mudanças no uso e ocupação do Parque Estadual do Itacolomi (MG) através de técnicas de geoprocessamento. *REM: R. Esc. Minas*, Ouro Preto, out. dez. 2010.

FURINI, L. A.; GOES, E. M.. Redes sociais em territórios assistidos. *Scripta Nova (Barcelona)*, v. 11, 2007

GADELHA, C. A. G; MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011.

GADELHA, C. A. G; COSTA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento: um novo olhar sobre os desafios da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

GONTIJO, A. P. B.; MAGALHÃES, L. D. C.; GUERRA, M. Q. F. Assessing Gross Motor Development of Brazilian infants. *Pediatric Physical Therapy*, v. 26, p. 48– 55, 2014.

GABBARD, C.; RODRIGUES, L. P. Testes contemporâneos de avaliação do comportamento motor infantil. In: MOURA-RIBEIRO, M. V.; GONÇALVES, V. M. *Neurologia do desenvolvimento da criança*. Rio de Janeiro: Revinder, 2006. p. 243-257.

GABBARD, C.; KREBS, R. Studying Environmental Influence on Motor Development in Children. *Physical Educator*, v.69, n.2, p.136-149. 2012.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, London, v. 369, n. 9555, p. 60- 70, 2007.

GAKIDOU, E. et al. Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *The Lancet*, v.376, n.9745, p.959-74, 2010.

GRIMES, J.E. et al. The relationship between water, sanitation and schistosomiasis: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, v.8, n.4, e3296, 2014.

GALLO, E; SETTI, A. F. F. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014

GARCIA FILHO, C; SAMPAIO, J. J. C. Interfaces entre a história da violência e a constituição do território no Ceará: um esforço de síntese e periodização. *Saúde soc. out-dez* 2014.

GIOVANELLA, L; MENDOZA-RUIZ A; PILAR, A. C. A; ROSA, M. C; MARTINS, G. B; SANTOS, I. S; SILVA, D. B; VIEIRA, J. M. L; CASTRO, V. C. G; SILVA, P. O; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018.

HAU, L.C.; NASCIMENTO, L.F.C.; TOMAZINI, J.E. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimentos na região do Vale do Paraíba. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v.31, n.4, p.171-6, 2009.

HAESBAERT, Rogério. Definindo Território para entender a Desterritorialização. In: O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à mutiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006. 2 ed.

HINO, P; VILLA, T. C. S; SASSAKI, C. M; NOGUEIRA, J. A; SANTOS, C. B. Geoprocessamento aplicado à área da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006.

HALLER, L.; HUTTON, G.; BARTRAM, J. Estimating the costs and health benefits of water and sanitation improvements at global level. *Journal of water and health*, v.5, n.4, p.467-80, 2007

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Revista Chilena de Pediatria*, v.73, n.5 p.529-539, 2002. HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000. HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.

HONG, Q.B. et al. Effectiveness of a comprehensive schistosomiasis japonica control program in Jiangsu province, China, from 2005 to 2008. *Acta tropica*, v.120, s.1, p.151-7, 2011.

ISMAIL, F. Y.; FATEMI, A.; JOHNSTON, M. V. Cerebral plasticity: windows of opportunity in the developing brain. *European Journal of Paediatric Neurology*, London, v. 21, n. 1, p. 23-48, 2017.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES. Caderno estatístico de Pontal do Paraná. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=9&btOk=ok Acesso em 05 de janeiro de 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Geociências. Malha de setores Censitários. 2010. Disponível em: <https://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm>. Acesso em Abril de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2014. Datasus, 2014.

JOHNSON, B. Early intervention in children with developmental disabilities. *BMJ Medical Journal*, London, v. 3, n. 1, p. 1-4, 2016. [Links]

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Revista de Saúde Pública*, v.37, n.3, p.303-10, 2003.

KOZUKI, N. et al. Comparison of US birth weight references and the international fetal and newborn growth consortium for the 21st century standard. *JAMA Pediatrics*, v.169, n.7, e151438, 2015.

KANAZAWA, H. et al. Subcutaneous fat accumulation in early infancy is more strongly associated with motor development and delay than muscle growth. *Acta Paediatrica*, v. 103, p. e262–e267, 2014.

KERSTJENS J.M. et al. Risk of developmental delay increases exponentially as gestational age of preterm infants decreases: a cohort study at age 4 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.54, n.12, p.1096-1101, 2012.

KNYCHALA, N. A. G; OLIVEIRA, E. A; ARAÚJO, L. B; AZEVEDO, V. G. O. Influence of the home environment on the motor development of infants with Down syndrome. *Fisioter Pesqui.* 2018.

KOVALSKI. R. A. Desenvolvimento territorial sustentável: uma análise da evolução do pensamento humano em relação à consciência sobre o meio ambiente. *Humanidades, Fortaleza*, v. 31, n. 1, jan./jun. 2016.

LAGO, A. A. C. Conferências de Desenvolvimento Sustentável. Fundação Alexandre Gusmão. Brasília, 2013.

LEAL, M.C. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, s.1, p.20-33, 2004.

LIMA, A.L. et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Revista de Saúde Pública*, v.44, n.1, p.17-27, 2010

LOBO, Carlos; HORTA, Célio; GARCIA, Ricardo Alexandrino. Território e territorialismo: a abrangência conceitual e a noção de poder/Territory and territorialism: conceptual scope and the notion of power. *Caderno de Geografia*, v. 25, n. 44, p. 343-367, 2015.

LUBY, S.P. et al. The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: An observational study. *PLoS Medicine*, v.8, n.6, e1001052, 2011.

MARTINS, S. R. O. Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas. *Revista Internacional de Desenvolvimento Local*. Vol. 3, N. 5, Set. 2002.

MATIDA, A. Por uma agenda global pós-Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016.

MAX-NEEF, M.; ELIZALDE, A.; HOPENHAYN, M. Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro. In: *Development Dialogue* (número especial). Santiago do Chile, 1986.

MACY, M. Promising practices, models, and research in the early identification of young children with disabilities. *Journal of Intellectual Disability Diagnosis and Treatment*, Canada, v. 3, n. 4, p. 154-155, 2015.

MCDONALD, L. et al. Investigation of global developmental delay. *Archives Diseases in Childhood*, v.91, n.8, p.701-705, 2006.

MENDES, E.V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

MACÊDO, V.C. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MOORE, T. et al. Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: the EPICure studies. *BMJ*, v.4, n.345, e7961, 2012.

MORÉ, D. et al. Early Human Development Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. *Early Human Development*, v. 91, n. 12, p. 769–775, 2015.

MAIA, Hianka Hingridy Gomes et al. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: UM OLHAR SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS III. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), [S.I.],

v. 4, n. 1, feb. 2019. ISSN 2446-6042. Disponível em:
<<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/2630/2239>>.
Acesso em: 07 Apr. 2019.

MAJNEMER, A.; SHEVELL, M.L. Diagnostic yield of the neurologic assessment of the developmentally delayed child. *J. Pediatrics*, v.127, n.2, p.193-199, 1995.

MIRANDA, A. C; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C; MONKEN, M. Território, Ambiente E Saúde - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Painel Nacional de Indicadores Ambientais: referencial teórico, composição e síntese dos indicadores da versão-piloto. Ministério do Meio ambiente, 2014.

MORAIS, R. L. S; CARVALHO, A. M; MAGALHÃES, L. C. The Environmental Context and The Child Development: Brazilian Studies. *J. Phys. Educ.* v, 27, 2016.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mai-jun, 2005.

MENEZES, D.C.S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.3, p.553-9, 2006
MENEZES, R.C. et al. Determinantes do déficit estatural em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, v.45, n.6, p.1079-87, 2011.

MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM, M.M.C.; SIU, C. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *Tema/RADIS*, v.17, p.6-17, 1999.

MONTEIRO, C.A.; BENICIO, M.H.A.; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, v.34, s.6, p.26-40, 2000.
MAGGI, E.; et al. Crianças pré-termo apresentam desempenho motor, cognitivo e funcional desfavorável em relação a neonatos a termo em idade pré-escolar. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 90, n. 4, p. 377-383, 2014

NARDI, S. M. T; PASCHOAL, J. A. A; PEDRO, H. S. P; PASCHOAL, V. D; SICHIERI, E. P. Geoprocessamento em Saúde Pública: fundamentos e aplicações. *Rev Inst Adolfo Lutz*. São Paulo, 2013.

NORITZ, G.H.; MURPHY, N.A.; NEUROMOTOR SCREENING EXPERT PANEL. Motor Delays, early identification and evaluation. *Pediatrics*, v.131, n.6, p.2016-2027, 2013.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente. [acesso em 05/08/2019]. Disponível em: http://www.who.int/phe/about_us/es

OLIVEIRA, G. B. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. *Rev. FAE*, Curitiba, v.5, n.2, p.37-48, maio/ago. 2002.

OLIVEIRA, G. B; LIMA, J. E. S. Elementos endógenos do desenvolvimento regional: considerações sobre o papel da sociedade local no processo de desenvolvimento sustentável. *Rev. FAE*, Curitiba, v.6, n.2, maio/dez. 2003.

OLIVEIRA, C.S. et al. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 40, n. 3, p. 229–233, 2015

OLIVEIRA, A. S. Caracterização do desenvolvimento motor de lactentes de mães adolescentes. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 20, n. 4, p. 349–354, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Representação Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. Amamentação. 2003. Disponível em

<https://www.opas.org.br/amamentacaoalimentacao-complementar-e-desnutricao/>. Acesso em: 19 de janeiro de 2018.

OLIVEIRA, V. E. As fases do processo de políticas públicas. In: Vitor Marchetti. (Org.). Políticas Públicas em Debate. 1a.ed.São Bernardo do Campo: MP Editora; UFABC, v. 1, p. 15-38, 2012.

ONDA, K.; LOBUGLIO, J.; BARTRAM, J. Global access to safe water: Accounting for water quality and the resulting impact on MDG progress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v.9, n.3, p.880–94, 2012.

PARANACIDADE - Serviço Social Autônomo. Bases Cartográficas dos Municípios. Série Pontal do Paraná, Matinhos e Guaratuba. Curitiba, 2000.

Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado de Pontal do Paraná (PDDI). Mapa Diagnóstico dos Loteamentos Aprovados - Base legal de 1 a 7. 2004. Disponível em: <<http://www.colit.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=11>>. Acesso em abril de 2019.

PAULA, S; GRIEBELER, K. C. Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor de Crianças na Primeira Infância em Uma Escola de Educação Infantil do Vale do Rio Dos Sinos – RS. *Rev. Aten. Saúde*, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 49-54, out./dez., 2017

PEREIRA, K.R.G.; SACCANI, R.; VALENTINI, N.C. Cognição e ambiente são preditores do desenvolvimento motor de bebês ao longo do tempo. *Fisioterapia e Pesquisa*, v.23, n.1, p.59-67, 2016.

PANCERI, C. et al. A influência da hospitalização no desenvolvimento motor de bebês internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 161-168, 2012.

PRÜSS-USTÜN, A. et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. *Tropical Medicine & International Health*, v.19, n.8, p.894- 905, 2014.

PERSSON, L.A. Prenatal nutrition, socioenvironmental conditions, and child development. *Lancet Global Health*, p. e127-e128, 2017.

PERUZZO, C. M. K; VOLPATO, M. O. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. São Paulo – v. 12, n. 24, dez. 2009.

PIANA, MC. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTAL DO PARANÁ – PMPPR. Equipamentos Públicos Municipais. Disponível em: Acesso em 12 de janeiro de 2019

QUINTELA, Patrick Diniz Alves; DE TOLEDO, Peter Mann; VIEIRA, Ima Célia Guimarães. Desenvolvimento sustentável do Marajó, Pará: uma visão a partir do Barômetro da Sustentabilidade. *Novos Cadernos NAEA*, v. 21, n. 1, 2018

RICHTER, L. M; DAELMANS, B; LOMBARDI, J; HEYMANN, J; BOO, F. L; BEHRMAN, J. R; LU, C. LUCAS, J. E; PEREZ-ESCAMILLA, R; DUA, T; BHUTTA, Z. Q. A; STENBERG, K; GERTLER, P; DARMSTADT, G. L. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 3 - Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Published Online October 4, 2016.

RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p.215-226, 2014.

RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G.B.; PADOVANI, F.H.P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.1, p.215-226, 2014.

RAMOS, C.V.; DUMITH, S.C.; CÉSAR, J.A. Prevalence and factors associated with stunting and excess weight in children aged 0-5 years from the Brazilian semi-arid region. *Jornal de Pediatria*, v.9, n.2, p.175-182, 2015.

RIGOTTO, R. M; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007.

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA. 2 ed – Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008.

RUSCHMANN, D. Turismo e Planejamento Sustentável. A Proteção do Meio Ambiente. Editora Papirus; São Paulo, 2016.

RINTZEL, L. T; GODOY, M. R; SPOLAVOR, R; CAVASSOLA, S. Redução da mortalidade infantil na Região Sul do Brasil nos anos de 2000-2010. *Perspectiva Econômica*, 2018.

REBOLLE, E. A. S; CHIARAVALLI NETO, F; GIATTI, L. L. Experiencias, beneficios y desafíos del uso de geoprocementamiento para el desarrollo de la atención primaria de salud. *Revisión • Rev Panam Salud Publica* 2018.

SACCANI, R; VALENTINI, N. C; PEREIRA, K. R. G; FORMIGA, C. K. M. R; LINHARES, M. B. M. Motor development's curves of premature infants on the first year of life according to Alberta Infant Motor Scale. *Fisioter. mov.* vol.31 Curitiba 2018 Epub Oct 25, 2018.

SINGH, S.; SEDGH, G.; HUSSAIN, R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in Family Planning*, v.41, n.4, p.241–50, 2010.

STRUNZ, E.C. et al. Water, sanitation, hygiene, and soil-transmitted helminth infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, v.11, n.3, e1001620, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.

SOUZA, A. R.; TALON A. F. Inteligência Artificial Aplicada à Medicina. *Cadernos de Estudos Tecnológicos*, v. 1; n. 1; p. 59-72, 2013.

SAIGAL, S.; DOYLE, L.W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, v.71, n. 9608, p.261–9, 2008.

SÁ DE SOUZA, E., MAGALHÃES, L. C, Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. *Revista Paulista de Pediatria*, v.30, n.4, 2012.

SHONKOFF, J.P. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, v. 333, n. 6045, p. 982-983, 2011.

SILVA, Regilane Fernandes da; CARVALHO FILHO, Manoel Vital de. Território e economia solidária: relações relevantes para a construção do desenvolvimento sustentável. 2018.

2.1.1 SANTOS, M. C. S; SHIMANO, S. G. N; ARAÚJO, L. G. O; PEREIRA, K. Uso da Escala de Desenvolvimento Motor: uma revisão integrativa. *Rev. CEFAC* vol.21 no.4 São Paulo 2019 Epub July 01, 2019

SANTOS, M. O DINHEIRO E O TERRITÓRIO*. *GEOgraphia* – Ano. 1 – No 1 – 1999.

SANTOS, M. O espaço da cidadania e outras reflexões. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães (Coleção O Pensamento Político Brasileiro 2º edição), 2013.

SANTOS NETO, E. T.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.2, 2008.

SHETTY, S. Declaração e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: oportunidades para os direitos humanos. *Sur, Rev. int. direitos human.* vol.2 no.2, São Paulo, 2005.

SILVA, J. M.; GURGEL, I. G. D.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde, ecologia de saberes e estudos de impactos ambientais de refinarias no Brasil. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* 2016.

STEDILE, N. L. R.; GUIMARÃES, M. C. S.; FERLA, A. A.; FREIRE, R. C. Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015.

TEIXEIRA, M. J. C.; SOARES, T.; FERREIRA, A.; PINTO J. Os contributos dos sistemas de apoio à decisão para a prática de enfermagem. *Journal of Health Informatics*, v. 4, n.2, p. 59-63, 2012.

UL HAQ, M.; SEN, A. Viver com dignidade e alcançar um padrão de vida digno constitui uma das dimensões que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentado pela primeira vez em 1990, no Primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), por idealização dos economistas Mahbub ul Haq e Amartya Sen. *Direitos humanos na democracia contemporânea velhos e novos embates Vol 3*, p. 41, 2019.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva: World Health Organization, 2015.

VIANA, AL & ELIAS, PE. Saúde e desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, Suplemento, p. 1765-1776, 2007.

VENTURELLA, C.B. et al. Desenvolvimento motor de crianças entre 0 e 18 meses de idade: diferenças entre os sexos. *Motricidade*, v.9, n.2, p.3-12, 2013.

VAN HUS, J.M. et al. Motor impairment in very preterm-born children: links with other developmental deficits at 5 years of age. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.56, n.6, p.587–94, 2014.

VELEDA, A.A.; SOARES, M.C.F.; CÉSAR-VAZ, M.R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.32, n.1, p.79-85, 2011.

VILLAR, J. et al, for the International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn CrossSectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *The Lancet*, v.384, p.857–68, 2014.

WANG, L.D. et al. A Strategy to Control Transmission of *Schistosoma japonicum* in China. *New England Journal of Medicine*, v.360, n.2, p.121-8, 2009.

WOLF, J. et al. Assessing the impact of drinking-water and sanitation on diarrhoeal disease in low-and middle-income settings: A systematic review and metaregression. *Tropical Medicine & International Health*, v.19, n.8, p.928–42, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Don't pollute my future! The Impact of the Environment on Children's Health. Geneva: World Health Organization, 2017b.

WALKER, S.P. et al. Early childhood stunting is associated with lower developmental levels in the subsequent generation of children. *Journal of Nutrition*, v.145, p.823– 28, 2015

WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, Londres, v. 378, n. 9799, p. 1325-1338, 2011.

WALKER, S. P. et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. The Lancet, Londres, v. 369, n. 9556, p. 145-157, 2007.

CRONOGRAMA

[illegible]

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL

**Questionário****Data:**

1- ____ / ____ / ____ 2- ____ / ____ / ____ 3- ____ / ____ / ____ 4- ____ / ____ / ____ 5- ____ / ____ / ____

Nome: _____

Nome da Mãe ou Responsável: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Nº de pessoas que residem na mesma casa da criança, contando com a criança: _____

Possui água encanada? () Sim () Não

Principal destino do esgoto do domicílio: () rede coletora () fossa rudimentar
() fossa séptica () céu aberto () rio

Data de Nascimento: _____

Idade Cronológica: 1- ____ m ____ d 2- ____ m ____ d 3- ____ m ____ d 4- ____ m ____ d 5- ____ m ____ d

Dados do Parto

Peso ao nascimento: _____ Comprimento ao nascimento: _____

Perímetro cefálico ao nascimento: _____ Idade Gestacional ao nascer: _____

Parto Hospitalar: () Sim () Não Tipo de parto: () Vaginal () Cesáreo

Notas de Apgar: 1º minuto ____ 5º minuto: ____ 10º minuto: ____

Saúde do Bebê

Ficou em UTI neonatal após o nascimento? () Sim () Não Por quê?

Presença de icterícia neonatal (amarelão)? () Sim () Não Se fez fototerapia, quantos dias? _____

1- Algum internamento ou doença grave? () Sim () Não Qual?

2- Algum internamento ou doença grave? () Sim () Não Qual?

3- Algum internamento ou doença grave? () Sim () Não Qual?

4- Algum internamento ou doença grave? () Sim () Não Qual?

5- Algum internamento ou doença grave? () Sim () Não Qual?

Dados Atuais

1- Peso atual: _____ Comprimento atual: _____ Perímetro cefálico atual: _____
 2- Peso atual: _____ Comprimento atual: _____ Perímetro cefálico atual: _____
 3- Peso atual: _____ Comprimento atual: _____ Perímetro cefálico atual: _____
 4- Peso atual: _____ Comprimento atual: _____ Perímetro cefálico atual: _____
 5- Peso atual: _____ Comprimento atual: _____ Perímetro cefálico atual: _____

Amamentação

- 1- Tempo de amamentação **exclusiva** até o momento: () não realizou () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d
 Tempo de amamentação **total parcial e exclusiva** até o momento: () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d () 12m ± 15d
- 2- Tempo de amamentação **exclusiva** até o momento: () não realizou () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d
 Tempo de amamentação **total parcial e exclusiva** até o momento: () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d () 12m ± 15d
- 3- Tempo de amamentação **exclusiva** até o momento: () não realizou () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d
 Tempo de amamentação **total parcial e exclusiva** até o momento: () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d () 12m ± 15d
- 4- Tempo de amamentação **exclusiva** até o momento: () não realizou () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d
 Tempo de amamentação **total parcial e exclusiva** até o momento: () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d () 12m ± 15d
- 5- Tempo de amamentação **exclusiva** até o momento: () não realizou () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d
 Tempo de amamentação **total parcial e exclusiva** até o momento: () 1m ± 15d () 4m ± 15d () 6m ± 15d () 12m ± 15d

Dados Maternos

Idade da mãe no parto: _____ Nº de gestações: _____ Nº de abortos: _____

Intercorrências de saúde durante a gestação?

DOENÇA	SIM	NÃO
Diabetes		
Hipertensão		
Toxoplasmose		
Rubéola		
Citomegalovírus		
Herpes Simples		

DOENÇA	SIM	NÃO
Sífilis		
HIV		
Dengue		
Zika		
H1N1		
Outra		

Hábitos alimentares com frequência semanal?

() peixe () carne () frutas e verduras () leite e derivados

Substâncias utilizadas durante a gestação: () drogas () álcool () cigarro

Escolaridade da Mãe: () Analfabeto () Fundamental Incompleto () Fundamental
() Médio () Técnico () Graduação () Pós-graduação

Número de anos que estudou ? _____ anos.

Renda familiar:

- () Até 1 salário mínimo (937 reais)
() Entre 1 e 3 salários mínimos (entre 937 reais e 2811 reais)
() Entre 3 e 5 salários mínimos (entre 2811 reais e 4685 reais)
() Mais que 5 salários mínimos (acima de 4685 reais)

Recebe auxílio social do governo? () Sim () Não Valor? R\$ _____ Qual? _____

Consultas pré-natal: () 0 () 1-3 () 4-6 () 7ou+ () não sabe o nº de 1-6

Calendário Nacional de Vacinação (2017)

BCG Dose única	Hepatit e B Dose Única	VIP (Polioimie lite) 3 doses	Pentavale nte(DTP+H B+HiB) 3 doses	VORH (Rotavírus) 2 doses	Pneumoc ócica 10 (valente) 3 doses	Mening ocócic a C (conjug ada) 3 doses	Febr e Amar ela 1ª dose	SRC (tríplice viral) 1º dose	H1N1 2 doses
RN	RN	2M	2M	2M	2M	3M	9M	12M	6M
		4M	4M	4M	4M	5M			7M
		6M	6M		12M	12M			

(MARCAR COM Nº ENTRE 1 E 5 REFERENTE À CONSULTA ATUAL)

APÊNDICE A – TRABALHO APRESENTADO NO II SIMPÓSIO DE DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL SUSTENTÁVEL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

“CONVERGÊNCIA DE AÇÕES EM BUSCA DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL LOCAL: POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO LITORAL DO PARANÁ”

Bárbara Thamires Schneider Bento¹, Bruna Letícia dos Santos¹,
Tainara Piontkosk Maldaner¹, Luciana Vieira Castilho Weinert²

A saúde no contexto do desenvolvimento sustentável sugere que pessoas saudáveis devam contribuir de forma produtiva para a sociedade e, que as políticas voltadas a esta área tenham como principal papel uma cooperação na redução da pobreza, por meio de proteção financeira com o apoio universal. A inserção em um meio coletivo influencia diretamente no curso da evolução humana, em especial a da criança, seguindo a perspectiva bioecológica. Neste sentido, serviços e intervenções para apoiar o desenvolvimento da primeira infância são essenciais para concretizar a sustentabilidade

FUNDAÇÃO TEÓRICA



Esta pesquisa trata-se de um estudo qualitativo, observacional, transversal, retrospectivo que objetiva realizar uma análise da implementação das políticas públicas de atenção integral a saúde da criança no município de Pontal do Paraná e discutir a influência dessas políticas no desenvolvimento sustentável deste território através da análise do perfil neuropsicomotor e desenvolvimento global das crianças, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidas pelo programa de puericultura do município, durante o quadriênio 2013-2016. Por fim pretende-se confrontar os dados locais com o que sugere a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC - 2015) e identificar se houve um maior desenvolvimento global nos menores avaliados após a publicação desta política.

Entende-se que é de grande importância ampliar estudos sobre as políticas voltadas a faixa etária infantil, em busca do conhecimento de sua real efetividade, de forma a auxiliar na viabilidade de sua implementação.

APÊNDICE B –TRABALHO APRESENTADO NO 4º CONGRESSO PARANAENSE DE SAÚDE PÚBLICA / COLETIVA – Iluminando Caminhos para o futuro da Saúde

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:
ESTUDO SOBRE OS CONDICIONANTES TERRITORIAIS DO ATRASO
MOTOR EM Bº CONGEBÊS**

Eixo Temático - 1 Política e gestão em saúde

Bárbara Thamires Schneider Bento, Daniela Cardeal, Luciana Vieira Castilho
Weinert, Wagner Rodrigo Weinert, Tainara Piontkoski Maldaner

A criança desenvolve grande parte do seu potencial físico, psicológico e emocional no período de zero a cinco anos de idade. Este é um período fértil em eventos neurofisiológicos, que se associados a estímulos ambientais adequados potencializam o seu desenvolvimento. A saúde atrelada ao desenvolvimento sustentável preconiza que as políticas públicas contribuam para a redução da pobreza, uma vez que pessoas saudáveis atuam de forma mais produtiva em sociedade. Isto reitera a importância do incentivo às políticas de saúde integral na primeira infância como fomento ao desenvolvimento social e sustentável no Brasil. O objetivo deste estudo é relacionar os condicionantes de saúde no primeiro ano de vida ao território geográfico como forma de reorientar a implementação das políticas públicas direcionadas à infância no município de Pontal do Paraná – PR. Esta é uma pesquisa qualitativa observacional, transversal e retrospectiva, da qual participaram 687 crianças de ambos os sexos, e idade entre 1 e 12 meses, dividida em quatro fases. Na primeira houve a coleta de informações primárias em um banco de dados sobre saúde e motricidade na primeira infância, cujas informações foram obtidas ao longo de um quinquênio (2013 a 2018) por meio da puericultura do Sistema único de Saúde do Município de Pontal do Paraná – PR. Na segunda fase ocorreu a identificação e a caracterização dos casos de atraso motor por meio de uma escala para avaliação específica de atraso motor e dos padrões estabelecidos como critérios mínimos de habilidade motoras a serem atingidas de acordo com a faixa etária do bebê estabelecidos pela Academia Americana de Pediatria. Na terceira fase, em andamento, realiza-se o reconhecimento do territorial e o

georreferenciamento, por meio da obtenção e do mapeamento das coordenadas geográficas relativas ao domicílio dos participantes da pesquisa, com posterior análise de frequência espacial. Na quarta fase pretende-se relacionar os resultados com as Políticas Públicas de atenção à saúde da criança. Os benefícios esperados com esta pesquisa são possibilitar a identificação de atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor através do conhecimento do território com maior incidência e maior vulnerabilidade, com vistas a possibilidade de maior atenção do poder público, além de desenvolver um instrumento educativo sobre as fases do desenvolvimento motor baseado nas informações coletadas, a fim diminuir a incidência de atrasos.